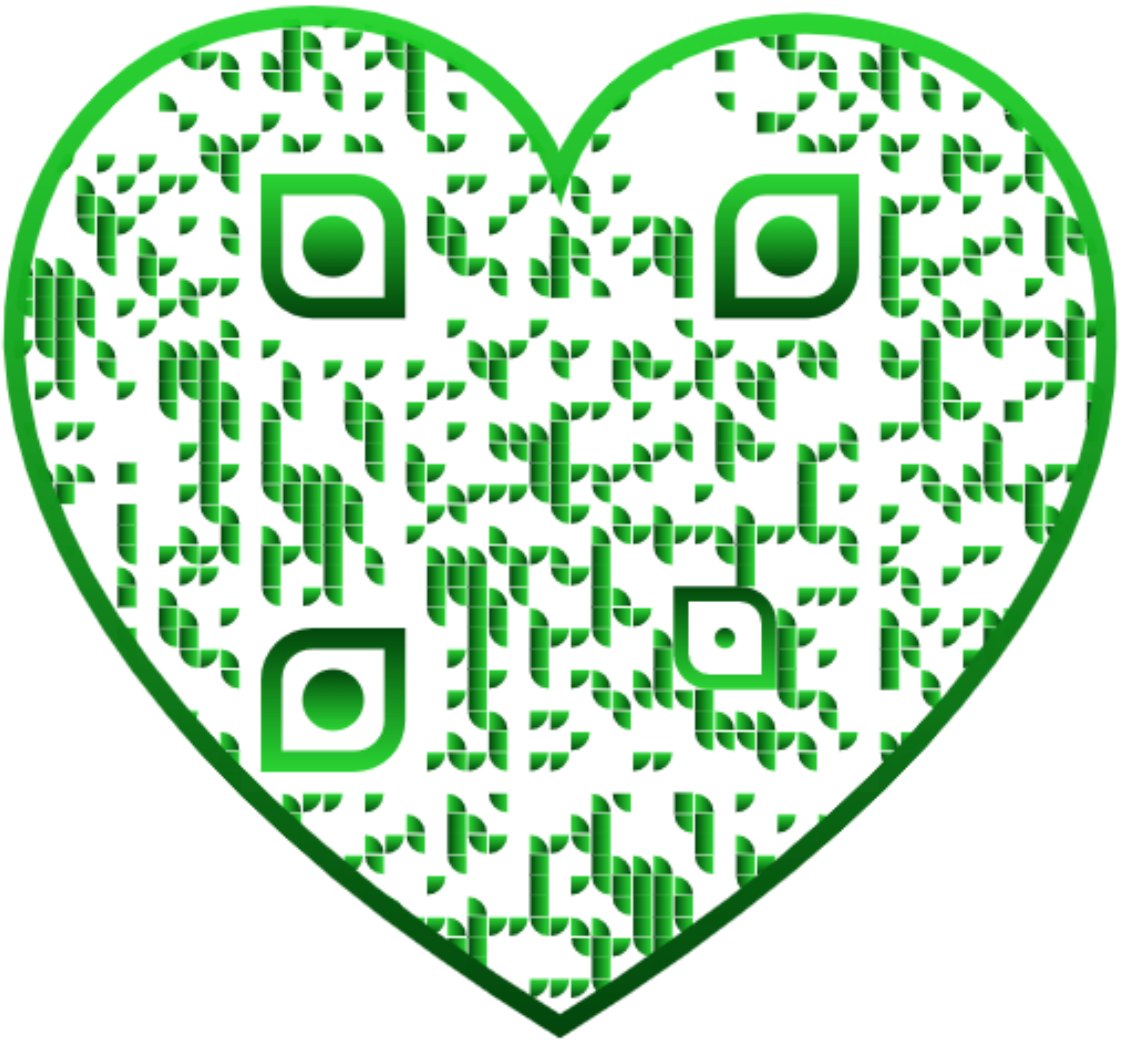
Soigner par la méditation

Thérapies de pleine conscience



Chez le même éditeur

Ateliers d'écriture thérapeutiques, par N. Chidiac. Collection « Psychologie ». 2010, 208 pages.

Thérapies brèves : situations cliniques, par Y. Doutrelugne, O. Cottencin. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2010, 224 pages.

L'évaluation en art-thérapie, par R. Forestier. 2007, 200 pages.

Gestion du stress et de l'anxiété, par D. Servant. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2007, 2e édition, 256 pages.

La relaxation - Nouvelles approches, nouvelles pratiques, par D. Servant. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2009, 188 pages.

La relaxation thérapeutique chez l'enfant, par M. Bergès-Bounes, Ch. Bonnet, G. Ginoux, A.-M. Pecarelo, C. Sironneau-Bernardeau. Collection « Pratiques en psychothérapies ». 2008, 216 pages.

Les psychothérapies : approche plurielle, par A. Deneux, F.-X. Poudat, T. Servillat, J.-L. Vénisse. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2009, 464 pages.

Les thérapies comportementales et cognitives, par J. Cottraux. Collection « Médecine et Psychothérapie ». 2004, 4e édition, 416 pages.

Soigner par l'hypnose, par G. Salem, É. Bonvin. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2007, 4e édition, 344 pages.

Thérapie cognitive et émotions. La 3e vague, par J. Cottraux. Collection « Médecine et psychothérapie/Progrès en TCC ». 2007, 224 pages.

Thérapies brèves : principes et outils pratiques, par Y. Doutrelugne, O. Cottencin. Collection « Pratiques en psychothérapie ». 2008, 2e édition, 232 pages.

Collection Pratiques en psychothérapie

Conseiller éditorial : Dominique Servant

Soigner par la méditation

Thérapies de pleine conscience

Claude Berghmans

Avec la collaboration de

James D. Herbert

ELSEVIER
MASSON

Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2010, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
ISBN : 978-2-294-70843-5

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

Composition : Thomson Digital (Mauritius) Ltd
Imprimé en Espagne par Grafos, 08040 Barcelone
Dépôt légal : septembre 2010

Auteur

Claude Berghmans

Psychologue, doctorant en psychologie de la santé, directeur de ressources humaines dans l'industrie.

Collaborateur

James D. Herbert

Professor of psychology, Department of Psychology, Drexel University, Philadelphia, États-Unis.

Abréviations

ACT	*Acceptance and Commitment Therapy*
ADM	Association pour le dévelopement de la *mindfulness*
ADREPI	Association pour le développement et la recherche sur les psychothérapies intégratives
APA	*American Psychiatric Association*
BDI	*Beck Depression Inventory*
CAMS	*Cognitive and Affective Mindfulness Scale*
CAS	*Cognitive Attentional Syndrome*
CPAQ	*Chronic Pain Acceptance Questionnaire*
DBT	*Dialectical Behavior Therapy*
DHEAS	déhydroépiandrostérone sulfate
DSM-IV	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition
EMDR	*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*
FIQ	*Fibromyalgia Inventory Questionnaire*
FMI	*Freiburg Mindfulness Inventory*
FMS	*Fibromyalgia Syndrome*
GAD	*General Anxiety Disorder*
GHQ	*General Health Questionnaire*
GMS	*Global Mood Scale*
HAD	*Hospital Anxiety and Depression Scale*
ICS	*Interacting Cognitive Subsystems*
KIMS	*Kentucky Inventory of Mindfulness Skills*
MAAS	*Mindful Attention Awareness Scale*
MACAM	mesure de la conscience et du *coping* dans la mémoire autobiographique
MBCT	*Mindfulness Based Cognitive Therapy*
MBSR	*Mindfulness Based Stress Reduction*
MCT	*Metacognitive Therapy*
MPQ-SF	*McGill Pain Questionnaire Short-Form*
MQ	*Mindfulness Questionnaire*
MT	méditation transcendantale
NK	*Natural Killer*
OMS	Organisation mondiale de la santé
PHLMS	*Philadelphia Mindfulness Scale*
PSS	*Perceived Stress Scale*
RRQ	*Rumination Reflection Questionnaire*
SF-36	*36-item Short-Form*
SOC	*Sense of Coherence*
SPID	syndrome polyalgique idiopathique diffus
SSTAI	*Spielberger State Trait Anxiety Inventory*
TAG	trouble anxieux généralisé
TCC	thérapies cognitives et comportementales
TCR	théorie des cadres relationnels
TMS	*Toronto Mindfulness Scale*
TP	temps de pause
TPL	temps de pause long
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
WHOQOL	*World Health Organization Quality Of Life*

Introduction

En ce début de XXIe siècle, les approches de santé et de soins semblent s'ouvrir à des influences innovantes et intégratives caractérisées par des pratiques thérapeutiques complémentaires et alternatives. Un intérêt certain se manifeste tant chez les patients que chez les praticiens pour ce type de prises en charge. Cet intérêt est largement justifié, quand on sait que d'après l'OMS, 80 % des systèmes de soins dans le monde relèvent de médecine traditionnelle (Barzansky, Jonas & Etzel, 2000). L'OMS (Organisation mondiale de la santé) définit les thérapies complémentaires et alternatives comme « un ensemble de pratiques où les patients sont considérés dans leur globalité, au sein de leur contexte écologique. Ces thérapies insistent sur le fait que la maladie ou l'état de mauvaise santé n'est pas seulement causée par un agent extérieur ou une disposition pathologique particulière, mais est avant tout la conséquence du déséquilibre d'une personne par rapport à son système écologique », (Wetzel, Kaptchuk, Haramati & Eisenberg, 2003). En d'autres termes, les thérapies alternatives et complémentaires tiennent compte de différentes dimensions de l'être humain, physique (le corps), émotionnelle (les sentiments, les sensations), intellectuelle (le cerveau et ses capacités cognitives) et spirituelle (la compréhension de soi, du monde et des aspects transcendants de la vie) en relation avec l'environnement. L'état de bonne santé est défini comme une relation d'équilibre entre le corps, les émotions et les pensées d'un individu. Elle préconise une communication effective entre ces trois aspects de la personne et des rapports intelligents entre l'individu, ses semblables et son milieu de vie. On parle d'une approche intégrative, globale et holistique.

Dans le même ordre d'idée, le champ de la psychologie de la santé, lui-même en expansion depuis une vingtaine d'années (Fischer & Tarquinio, 2006) est envisagé comme l'étude des différents types de facteurs (psychologiques, sociaux et biologiques) qui interviennent dans le maintien de la bonne santé ou dans le déclenchement et l'évolution des maladies. Elle prend pour objet les comportements de santé affectant l'intégrité physique et psychique et se réfère à une conception de l'individu comme responsable de son bien-être, en mettant l'accent sur les capacités des individus et leurs ressources psychiques concernant leur propre état de santé. La question de la mobilisation des ressources propres de l'individu *via* des techniques ou des pratiques psychothérapeutiques pouvant alléger la souffrance, empêcher sa naissance, ou la faire disparaître devient dès lors primordiale. Dans cette optique, le domaine des prises en charge thérapeutique a également évolué et

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

des psychothérapies complémentaires apparaissent dans le champ de la pratique et de la recherche clinique (Berghmans & Tarquinio, 2009). Les individus, qu'ils soient ou non en souffrance psychique, recherchent de nouveaux modes de prise en charge permettant de mieux gérer les troubles tant physiques que psychiques qui les assaillent dans leur vie quotidienne. Ils recherchent de nouvelles techniques, de nouvelles méthodes qui leur apporteraient bien-être et équilibre et dans lesquelles ils seraient les acteurs de leur guérison. La méditation s'inscrit dans ces approches thérapeutiques complémentaires et attire l'intérêt des chercheurs et des patients en raison de ses apports tant thérapeutiques qu'en termes de développement personnel. Sur un plan thérapeutique, il est facile de pressentir l'intérêt d'une démarche méditative qui pourrait accompagner un certain nombre de psychothérapies, quand on sait que la plupart des troubles psychiques sont liés à une activité mentale incessante et abondante entraînant le patient dans des mouvements de pensées qu'il ne peut contrôler et qui participe à entretenir la pathologie.

La pratique de la méditation remonte à plus de 5000 ans en Orient. Selon Walsh (1992), des fresques vieilles de 4000 ans, mettant en lumière des personnages assis dans des postures de méditation, ont été retrouvées sur les murs de cavernes indiennes. En Occident, la méditation a souvent été liée à la prière et aux traditions mystiques. Depuis le début de l'ère chrétienne, elle a été étudiée sous un angle religieux, spirituel et théologique par les pères de l'Église et a souvent été liée aux méthodes permettant une communion avec le divin. Les recherches scientifiques sur la méditation n'ont guère plus de 50 ans (Deikman, 1963). C'est un domaine d'étude très controversé qui suscite de fortes résistances mais qui alimente aussi la curiosité des chercheurs. L'histoire de la recherche sur cette thématique nous confronte à des limites et des difficultés liées aux aspects culturel et historique de la méditation qui sont à souligner d'emblée. Premièrement, il existe de nombreuses techniques de méditation qui ont des liens étroits avec les traditions religieuses dont elles découlent. Deuxièmement, les descriptions ancestrales sont souvent subjectives et varient avec le vocabulaire des auteurs, qui est aussi très différent du vocabulaire de la recherche empirique. Finalement, les phénomènes qui se produisent dans la méditation sont difficilement reproductibles, tout comme les résultats des différentes études dans lesquelles on ne prend souvent pas le soin de décrire précisément la technique dont il est question. Cependant, depuis les 20 dernières années, les recherches scientifiques sur la méditation ont fait preuve de beaucoup plus de rigueur, particulièrement au niveau méthodologique (Baer, 2003 ; Berghmans, Strub & Tarquinio, 2008).

Étroitement lié dans ses origines au domaine spirituel et religieux, le concept de méditation ne se définit pas aisément. Il y a en général deux grands types de définitions de la méditation. Tout d'abord, il y a celles

qui l'associent à une technique d'autorégulation au même titre que la relaxation musculaire ou le biofeedback (Snaith, 1998) et qui s'avèrent réductrices et ne semblent pas rendre justice de toute la richesse du processus méditatif. Puis, il y a les définitions qui relient la méditation à une forme de quête spirituelle (Desjardins, 1989). Dans ce cas, le vocabulaire est souvent éthéré et subjectif, ce qui donne l'impression de ne pas savoir exactement de quoi il s'agit. Afin d'éclairer ce constat, et dans un contexte introductif, il convient dans un premier temps de mettre en lumière ce concept d'un point de vue étymologique afin de souligner ses racines, puis de l'aborder sous l'éclairage spirituel et culturel, pour enfin l'examiner précisément d'un point de vue scientifique.

Le terme de méditation vient du latin *meditari* qui signifie « s'exercer, réfléchir ». Il vient de la racine indo-européenne *med* qui veut dire « penser, réfléchir » tout comme *mederi* qui veut dire « soigner » et qui a donné le terme de médecine. Du point de vue oriental, si l'on se réfère à la racine pâli, méditation est la traduction inexacte du terme technique *bhâvanâ* qui est mieux rendu par le mot « exercice » et qui est également le sens du mot *gompa* en tibétain, lequel traduit la notion d'entraînement physique et mental, éclairé par l'esprit et qui vise à développer, transformer et dépasser le Moi empirique. De manière plus précise, lorsqu'on parle de méditation, on pense souvent à une forme d'attention soutenue sur un objet, un son, une pensée avec un mouvement de pensée ralenti. Un des attraits de la méditation est de générer des états mentaux et émotionnels positifs comme le calme, la joie, ou de diminuer des états émotionnels négatifs comme la peur ou la colère (Goleman, 1988). La méditation a connu un essor culturel important à partir des années soixante en lien avec la *beat generation*, la redécouverte de la spiritualité orientale et les tentatives d'échanges et de croisement entre les penseurs occidentaux et orientaux tels que Desjardins (1989), Krishnamurti (1975) ou Wallace (1998). La méditation originairement inscrite dans un cadre spirituel ou religieux s'est étendue à une grande part de la population tant dans sa pratique que dans les interrogations qu'elle suscite. Elle est souvent associée à une forme de relaxation, de concentration et de découverte intérieure qui s'inscrit dans une forme de spiritualité religieuse ou laïque.

Dans une optique spirituelle et religieuse et sous un angle historique, on assiste depuis quelques années à un développement de l'intérêt d'un éclairage spirituel en psychiatrie et en psychologie dans le sens du développement de la connaissance de soi, en ignorant les cadres conceptuels et idéologiques plus rigides, signe de l'ouverture des mentalités. Dans cette lignée, la méditation est souvent assimilée à une série de techniques visant à apaiser l'activité mentale du sujet. Elle s'oriente plus vers la non-pensée et la cessation du mental. Cette pratique se retrouve autant dans les mouvements spirituels orientaux (bouddhisme, hindouisme) que dans les

mouvements spirituels et religieux judéochrétien et soufistes[1] depuis leur commencement (De Smedt, 1979). En fait, la méditation comme la prière ont toujours fait l'objet de recherches et de débats depuis les origines de la pensée. De manière générale, la méditation est l'une des plus vieilles formes de thérapie (Walsh, 1992). En Orient, l'origine de sa pratique se perd dans l'Antiquité. La plupart des textes d'origine regorgent de termes indiens et sanskrits (environ 800 à 600 ans avant Jésus-Christ). Ces textes ont été rédigés par des moines ou des maîtres spirituels, mais la majeure partie de la transmission des connaissances sur la méditation s'est effectuée par tradition orale et par l'enseignement des maîtres aux disciples. Ainsi, l'esprit du chercheur occidental est souvent insatisfait par les connaissances contenues dans les textes sacrés. Il s'agit d'une matière qui repose sur l'expérience, l'intuition et l'introspection plutôt que sur la démarche scientifique (Wilber, 1980). Même si la voie de l'introspection des mystiques orientaux repose sur une tradition rigoureuse qui est le fruit de quelques milliers d'années d'évolution, le chercheur occidental a souvent l'impression d'être en eaux troubles lorsqu'il aborde cette matière qui ne répond pas aux critères de la voie empirique.

En termes de définition, la méditation ne peut être coupée de son contexte culturel d'origine. C'est pourquoi, afin de refléter la richesse de la méditation et de conserver une certaine objectivité nous retiendrons dans une optique spirituelle, la définition du philosophe indien du XX^e siècle, Jiddu Krishnamurti (1970), qui la définit comme suit :

> « La méditation n'est pas la poursuite d'une voie invisible conduisant à quelque félicité imaginaire. L'esprit méditatif voit, observe, écoute sans le mot, sans commentaires, sans opinion, attentif au mouvement de la vie dans tous ses rapports, tout au long de la journée. »

Pour lui, la méditation :

> « est un mouvement dans l'immobilité. L'action engendrée par la pensée est une inaction, cause de désordre. Ce silence n'est pas un produit de la pensée, ou simplement la cessation de son bavardage. L'immobilité de l'esprit n'est possible que lorsque le cerveau lui-même est tranquille. Les cellules du cerveau — qui ont été si longtemps entraînées à réagir, à projeter, à protéger, à affirmer — ne sont au repos que par la vision de ce qui est, en fait. À partir de ce silence, une action qui n'est pas cause de désordre n'est possible que lorsque l'observateur, le centre, l'expérience, a pris fin, car alors voir c'est faire. Voir n'est possible qu'à partir d'un silence où n'existent ni évaluation, ni valeur morale. »

1. Soufisme : terme désignant les courants mystiques islamiques.

Dans sa conception, la méditation implique le silence de l'esprit, c'est-à-dire l'extinction du processus de la pensée. Krishnamurti parle d'esprit méditatif, car pour lui ce dernier est dépourvu d'identité, de « Moi », il n'est donc plus en « quête » de quelque chose (reconnaissance, gloire, etc.), il ne cherche plus à devenir, mais simplement, il est. Nous ne développerons pas plus avant la pensée de cet auteur qui donnerait lieu à une recherche en soi, mais nous soulignons son inscription spirituelle et pragmatique.

Dans un contexte culturel plus large, Craven (1989) propose la définition suivante :

> « La méditation se réfère à un groupe de techniques reconnues comme permettant de rehausser certaines habilités telles la concentration, la régulation des états conscients et la conscience de soi. Les techniques de méditation sont traditionnellement enchâssées dans la psychologie de la conscience de certaines disciplines comme le bouddhisme et le yoga et sont utilisées pour favoriser le développement personnel et la croissance spirituelle. Ainsi, la méditation a été plus intimement associée au système des croyances religieuses et philosophiques de l'Inde et de l'est de l'Asie. »

Fortement présent en Orient, le concept de méditation se retrouve également dans les cultures occidentales (Leloup, 1990). Déjà, chez Thérèse d'Avila, la méditation est vue comme un chemin entre l'âme et le divin, qu'elle nomme l'«oraison du cœur ». D'un point de vue historique, la méditation a toujours été un élément essentiel au sein de toutes les religions contemplatives et des traditions spirituelles occidentales comme les mystiques juives, chrétiennes ou islamiques. Le but commun assigné à la méditation a toujours été la libération du Moi égocentrique, d'où découlent une sensibilité et une compassion, un sens de l'unité avec le cosmos et une union avec le divin. Les voies et les méthodes ont été exposées par les sages au cours des siècles avec une première étape qui a souvent été décrite comme la connaissance de notre propre nature telle que le professait Socrate avec sa maxime du « connais-toi toi-même ». Dans cette perspective spirituelle, la méditation est vue comme un mode d'enseignement de l'âme pour entrer en elle-même, sortir de l'égocentrisme, de l'absence de soi-même, pour introduire l'être à son sens le plus profond. Les pères du désert des premiers siècles avaient déjà frayé cette voie qui avait donné naissance à la tradition de l'hésychasme (signifiant paix, quiétude, sérénité) de l'Orient chrétien qui rendait compte d'un état de vie et d'un état correspondant de l'âme s'illustrant par la réclusion et la solitude d'une part, et le repos, le silence des pensées et des mouvements, la quiétude et la suspension d'autre part, qui

rendent l'âme, l'esprit et le cœur disponibles pour une contemplation aussi ininterrompue que possible, le but étant le retour au royaume intérieur (Leloup, 1990). La méthode correspondait à une phase caractérisée par une discipline respiratoire ayant pour objet de fixer l'attention et d'unifier les facultés.

> « Le sujet "ramène son esprit dans son cœur, l'unit à l'âme" en synchronisant l'entrée de l'esprit dans le cœur avec l'inspiration de l'air que l'on ralentit et que l'on espace de manière à finir par le commander entièrement. Cette unification de l'esprit produit un sentiment de bonheur et une expérience lumineuse et numineuse de soi-même et du divin à travers soi (Leloup, 1990). »

Dans une optique similaire, le soufisme islamique a également développé la méditation comme moyen de se connaître soi-même. Se regardant de l'intérieur, il y a une prise de conscience des défauts de l'ego ou du Moi qui reste occulté à la perception ordinaire. Cette perception, dite du cœur dans cette tradition *via* la méditation permet une unification et une intégration progressive de l'être. Elle est celle qui dévoile et celle qui transforme.

La méditation hébraïque, par l'intermédiaire de la Kabbale, s'est intéressée à la méditation et à ce qu'elle peut offrir dans la vie quotidienne. La Kabbale se concentre sur la nature du cours des pensées et sur la manière de l'élever selon des efforts systématiques et souligne que l'état mental, de par son essence même, est rempli de pensées et de désirs conflictuels. Cette vision est proche de celle de la méthode du dialogue intérieur, synthétisée par Stone et Stone (1989) à partir de différentes approches (psychosynthèse, analyse transactionnelle, *Gestalt*, psychodrame) et qui consiste à rendre le patient conscient des différentes voix intérieures qui parlent en lui et le poussent à agir puis à l'aider à s'en dés-identifier. Pour réaliser l'objectif de transcender les conflits, les kabbalistes ont développé plusieurs types de méthodes dont une qui consiste à méditer sur les traits émotionnels de son caractère (tendance à la colère, la peur) puis par l'introspection, faire face à l'émotion jusqu'elle n'ait plus d'emprise. Il s'agit lors de chaque session de méditation de s'efforcer, par un processus de détachement volontaire, de minimiser son implication émotionnelle dans les affaires du monde. L'apport de la méditation est dans cette tradition de percevoir les failles intérieures de l'individu afin de les transformer. Enfin, notons dans une période plus contemporaine l'apport d'Arnaud Desjardins (1989) qui invite à ne pas ramener la méditation à des techniques pour se calmer ou se relaxer, mais qui est bien plus que cela, un chemin pour un retour à soi-même et par ce fait un retour au divin, purificateur et salvateur.

De manière générale, la méditation possède toute une série de significations distinctes : stratégie d'autorégulation avec une focalisation sur l'attention, état de concentration dans lequel la conscience réfléchie est centrée sur un seul objet, état de relaxation psychologiquement et médicalement bienfaisant, état dissocié dans lequel des phénomènes de transes peuvent se produire, et état mystique dans lequel sont vécus les réalités ou les objets religieux les plus élevés. Ces différentes significations ont en commun d'être des états de conscience différents ou modifiés. Le méditant effectue quelque chose pour sortir de son état de réalité ordinaire. On voit donc la richesse apportée par les traditions spirituelles à la méditation, qui a fait l'objet de nombreuses investigations tant par le mental que par l'expérience et qui inscrit cette pratique comme un domaine clé du champ spirituel et religieux de l'humanité.

Dans une perspective scientifique, depuis les 30 dernières années, la méditation s'est positionnée comme une stratégie thérapeutique dans le courant des psychothérapies alternatives, comportementales et cognitives. Les effets thérapeutiques de la méditation ont été étudiés depuis les années 1970 dans la littérature scientifique, ce qui a donné lieu à de nombreux travaux et rapports dont la principale critique fut le manque de rigueur méthodologique (Smith, 1975). Dans une optique scientifique, la méditation peut être étudiée sous l'angle médical, d'un point de vue thérapeutique en s'attachant à comprendre ses effets sur la santé (biologique, neurologique) ou sous l'angle psychologique et psychothérapeutique en se focalisant sur ses effets en termes de guérison face à diverses psychopathologies. Dans ces deux cas, une définition commune doit être établie permettant de cadrer cette notion qui suscite aujourd'hui des recherches et des interrogations très pertinentes au niveau thérapeutique (Berghmans & Tarquinio, 2009), soulignant ses effets sur la santé de l'individu, et neurologique désirant mettre en évidence ses fondements biologiques et ses mécanismes d'action (Cahn, 2006 ; Deshmukh, 2006).

Toutefois, on constate que malgré un grand nombre d'études sur ce sujet, on ne retrouve pas à l'heure actuelle un consensus de définition concernant la méditation (Cardoso, Souza, Camano & Leite, 2004). Cette absence de consensus peut pauser problème car sous un même terme, les chercheurs étudient des objets différents. Tout travail de comparaison et de mise en liaison s'avère donc fortement remis en question. De ce fait, une opérationnalisation de ce concept semble nécessaire afin de clarifier la notion et de la situer dans le champ de la recherche scientifique tant médicale que psychologique. Depuis quelque temps, l'étude du concept de méditation est passée d'une phase d'analyse d'un processus mystique de quête spirituelle ou de connaissance de soi à une méthode thérapeutique complémentaire de création et de maintien d'un bien-être et d'une amélioration de la santé (Cardoso et al., 2004).

Les premières études se sont focalisées sur les altérations physiologiques induites par le processus de méditation, particulièrement évaluées dans les méditations faisant appel à des actions mentales de concentration. Par la suite, et suivant l'influence de courants de pensée bouddhiste (Walsh & Shapiro, 2006), la recherche s'est également positionnée sur la méditation dite de pleine conscience ou d'attention vigilante (Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2003). En bref, on tente de plus en plus d'évaluer les impacts de la méditation sur la santé physique et psychique des individus, mais on constate qu'une définition opérationnelle claire de l'objet fait défaut (Cardoso et al., 2004). Sachant qu'il n'existe pas de consensus sur la définition de la méditation, on trouve une diversité de propositions (Ospina et al., 2007) qui reflète la complexité de l'objet étudié et la diversité des pratiques rencontrées. En effet, les publications sur le domaine proposent des définitions différentes et générales de la notion (Craven, 1989).

Sans développer les différents auteurs qui ont contribué à une définition de la méditation (Wallace, Benson & Wilson, 1971 ; Goleman, 1977 ; West, 1979 ; Craven, 1989 ; Shapiro & Walsh, 1984), nous retiendrons l'éclairage de Cardoso et al. (2004) qui abordent la définition de la pratique méditative à l'aide des éléments suivants :

- l'utilisation d'une technique spécifique clairement définie et pratiquée régulièrement qui doit être transmise et communiquée par un instructeur ;
- l'implication d'une relaxation musculaire et physiologique dans le processus ;
- l'implication d'une relaxation mentale qui sous-tend de ne pas tenter d'analyser les effets psychophysiologiques, ne pas tenter de juger les états mentaux et ne pas créer des attentes au regard du processus ;
- le fait d'avoir et de mettre en pratique un état auto-induit, c'est-à-dire une méthode que la personne peut répliquer seule face à elle-même sans la présence de l'instructeur et sans qu'il y ait une relation de dépendance à l'instructeur, mais une autonomie d'application de la méthode ;
- le développement d'une compétence d'autofocalisation (appelée ancre), sur le souffle, une image ou un son.

Cette définition est assez large et recouvre de nombreuses traditions méditatives. De manière plus précise, Walsh et Shapiro (2006) et Shapiro (2006) proposent de définir la méditation de la manière suivante :

> « Le terme de méditation se réfère à une famille de pratiques de l'autorégulation qui se focalisent sur l'attention et la conscience afin d'amener les processus mentaux sous un contrôle volontaire plus grand et de ce fait entraîner un bien-être mental et physique et qui ont pour objectifs de développer des états émotionnels spécifiques comme la joie, le calme. »

Elle se réfère donc à une famille de techniques qui ont en commun une tentative consciente de focalisation de l'attention de manière non analytique et une tentative de ne pas demeurer sur des pensées discursives et de rumination. Elle souligne que les différents types de méditation varient en fonction de trois critères : le type d'attention, dans laquelle la méditation de concentration se focalise sur un objet comme le souffle ou un son, alors que la méditation en pleine conscience a pour objectif une attention fluide et vigilante à plusieurs objets successifs, la relation au processus cognitif dans laquelle certaines pratiques observent juste la cognition comme une pensée ou une image alors que d'autres la modifient délibérément et le but pour lequel certaines pratiques se concentrent (la recherche du bien-être, le développement personnel, la contemplation ou la recherche de qualités mentales spécifiques comme la joie ou la compassion).

Par conséquent, la plupart des chercheurs sont en accord pour dire que la méditation implique une forme de concentration et de formation mentale qui sous-tend un vide de l'esprit et dont le but est de développer un état d'esprit d'observation détaché dans lequel les participants sont conscients de leur environnement sans être impliqués dans la mesure du possible, dans le processus de pensée ou dans le processus de formation des pensées.

On peut donc affirmer au regard de cet état des lieux historique et scientifique de la recherche que la méditation peut être vue comme une intervention thérapeutique complexe, interactive et multidimensionnelle. Elle implique un mixte de caractéristiques complexes et variées qui peuvent être pratiquées seules ou en complément d'autres thérapies. La recherche sur la méditation et de surcroît sa définition opérationnelle en est à ses débuts et il faudra surmonter plusieurs défis pour qu'elle continue de progresser. Il faut aller au-delà de la simple technique d'autorégulation et avoir l'ouverture d'esprit pour observer des phénomènes qui peuvent nous paraître marginaux, bizarres ou résolument douteux d'un point de vue scientifique.

En termes de pratiques méditatives, il existe différentes techniques ou approches de la méditation qui varient en fonction des auteurs. Toutefois, Ospina et al. (2007) proposent à l'issue de leur rapport ayant pour objectif d'analyser synthétiquement les recherches sur la méditation en prenant en compte différentes pratiques de méditation (le design de recherche employé, les résultats obtenus, l'efficacité des pratiques sur différents indicateurs psychologiques, physiologiques et neurologiques) issues de 17 bases de données médicales et psychologiques jusqu'à septembre 2005, ainsi que d'autres sources (contacts avec des experts, interview, recherches manuelles et bibliographiques) la mise en évidence de cinq catégories de méditation qui correspondent à un choix arbitraire de catégorisation. On trouve premièrement la méditation dite de Mantra (ou de concentration) qui comprend la méditation transcendantale

(MT), la réponse de relaxation et la méditation clinique standardisée (*Clinical Standard Meditation*), deuxièmement, la méditation de pleine conscience qui comprend les approches Vipassana, bouddhiste, zen, MBSR (*Mindfulness Based Stress Reduction*) et MBCT (*Mindfulness Based Cognitive Therapy*), et troisièmement les formes de méditation en mouvement que sont le yoga, le tai-chi et le qi-gong.

De manière très large, il existe différentes techniques de méditation qui peuvent être catégorisées selon le type d'exercice mental qu'elles nécessitent ou selon leur orientation vers une conception religieuse ou une représentation du divin ou d'un dieu personnel (Goleman, 1977). En termes de catégorie d'exercice mental, quatre types principaux de méditation qui correspondent à des exercices mentaux très différents apparaissent : la méditation de concentration, la méditation de pleine conscience (ou d'attention vigilante), la méditation mixte (qui regroupe les deux premières catégories) et la méditation en mouvement.

L'intérêt d'étudier la méditation comme pratique de guérison ou d'aide au maintien du bien-être est lié au besoin de mieux connaître les connexions et l'interaction entre le corps et l'esprit et comment le mental et la spiritualité d'un individu peuvent affecter le bien-être physique et psychique. Il existe une vaste littérature sur les effets des pratiques méditatives sur des états physiques et psychiques ainsi que sur des problématiques pathologiques précises (Ospina et al., 2007).

Dans cet ouvrage, nous allons nous focaliser sur la méditation de pleine conscience qui a été étudiée dans le cadre de la troisième vague des thérapies comportementales et cognitives et qui a donné lieu à de fructueuses recherches aux États-Unis (Cottraux, 2007). En France, les recherches ne font que débuter depuis quelques années et se développent d'une manière croissante. Cet ouvrage aura pour objectif de présenter au lecteur un état des lieux de la recherche et de la pratique sur cette forme de méditation. De manière plus précise, l'objet du premier chapitre sera de développer le concept de méditation de pleine conscience dans sa définition, son processus d'action et son lien avec d'autres mécanismes psychologiques. Ce chapitre situera la pleine conscience dans son inscription culturelle en lien avec la psychologie bouddhiste pour ensuite présenter son évolution scientifique en termes de définitions et de soubassement théorique. Le chapitre 2 développera les approches thérapeutiques qui en découlent en focalisant surtout sur l'approche MBSR liée à la réduction du stress par la pleine conscience et sur la thérapie cognitive liée à la pleine conscience (MBCT), et en précisant également les instruments de mesures existant dans ce domaine. Enfin, un point sera effectué sur la place active du thérapeute dans ces approches en termes de compétences et de développement. Dans un souci pédagogique et pratique, le chapitre 3 présentera, de manière détaillée, la déclinaison du protocole MBSR inspiré des travaux de Jon

Kabat-Zinn (1990) permettant ainsi d'offrir aux thérapeutes une idée précise de l'utilisation de cette approche. Ce chapitre ne se veut pas un substitut à une formation nécessaire au déploiement de cette approche, mais offrira un élément de base concret pour implémenter ces méthodes dans un cadre thérapeutique. Le chapitre 4 mettra en évidence les effets thérapeutiques de la méditation de pleine conscience à l'aide d'une revue de littérature récente qui sera commentée pour certaines pathologies dans le sens de la préservation de la santé et de la lutte contre la maladie. Un état des lieux des limites de cette approche et des pistes de recherches illustrera des pistes futures d'investigation. Le chapitre 5 offrira une focalisation sur la problématique du traitement de l'anxiété et de la dépression au regard des approches de pleine conscience.

Pour les thérapeutes, cet ouvrage permettra de faire le point scientifique sur cette approche en leur donnant un descriptif théorique, clinique et pratique de la pleine conscience utilisée dans la pratique méditative. Pour les patients, cet ouvrage sera l'occasion de s'ouvrir à un dispositif de prise en charge ancien mais également nouveau dans son inscription médicale et psychologique encore peu connu en France, leur permettant de les aider dans leur lutte contre la maladie ou le maintien et la préservation de leur santé. Nous ne pouvons qu'inciter les professionnels de la santé au sens large et même les malades qui peuvent faire une lecture instructive de ce livre à poursuivre par eux-mêmes leurs investigations et à approfondir leurs connaissances en lisant et/ou en allant se former à cette approche.

Références

Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science & Practice*, *10*(2), 125–142.

Barzansky, B., Jonas, H. S., & Etzel, S. I. (2000). Educationnal program in US medical schools. *1999-2000. JAMA*, *284*, 1114–1120.

Berghmans, C. & Tarquinio, C. (2009). Méditation en pleine conscience et psychothérapie dans la prise en charge de la santé et la prise en charge de la maladie : une revue de question. *Santé mentale au Quebec*. In press.

Berghmans, C., Strub, L., & Tarquinio, C. (2008). Méditation de pleine conscience et psychothérapie : état des lieux théorique, mesures et pistes de recherches. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, *18*, 62–71.

Cahn, B. R. (2006). Meditation States and Traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychol Bull*, *132*(2), 180–211.

Cardoso, R., Souza, E., Camano, L., & Leite, J. R. (2004). Meditation in health: an operational definition. *Brain Res Protoc*, *14*, 58–60.

Cottraux, J. (2007). *Thérapie cognitive et émotions, la troisième vague*. Paris: Masson.

Craven, J. L. (1989). Meditation and psychotherapy. *Can J Psychiatry*, *34*, 648–653.

De Smedt, M. (1979). *Techniques de méditation*. Paris: Albin Michel.

Deikman, A. J. (1963). Experimental meditation. *J Nerv Ment Dis*, *136*, 329–343.

Deshmukh, V. D. (2006). Neuroscience of meditation. *TSW Holistic Health and Medicine*, *1*, 275–289.

Desjardins, A. (1989). *Approches de la méditation*. Paris: La Table Ronde.
Fischer, G. N., & Tarquinio, C. (2006). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
Goleman, D. (1977). *Douze formes de méditation*. Paris: Fayard.
Goleman, D. (1988). *The meditative mind: the varieties of meditative experiences*. New York: Tarcher/Putman books.
Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2003). Mindfulness based stress reduction and health benefits. *A meta-analysis. J Psychosom Res*, *57*, 35–43.
Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastroph living*, Dell publishing, New York.
Krishnamurti, J. (1975). *L'éveil de l'intelligence*. Paris: Stock.
Krishnamurti, J. (1970). *La révolution du silence*. Paris: Stock.
Leloup, J. Y. (1990). *Écrits sur l'Hésychasme, une tradition contemplative oubliée*. Paris: Albin Michel.
Ospina, M. B., Bond, K., Karkhaneh, M., Tjosvold, L., Vandermeer, B., Liang, Y., Bialy, L., Hooton, N., Buscemi, N., Dryden, D. M., & Klassen, T. P. (2007). Meditation practices for health: state of the research. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep), 2007*, *155*, 1–263.
Shapiro, D. H., & Walsh, R. N. (1984). *Meditation: Classic and Contemporary perspectives*. New-York: Aldine Publishing Company.
Smith, J. (1975). Meditation and psychotherapy : a review of the literature. *Psychol Bull*, *82*(4), 558–564.
Snaith, P. (1998). Meditation and Psychotherapy. *Br J Psychiatry*, *173*, 193–195.
Stone, H. & Stone S. (1989). Embracing Each Other: How to Make All Your Relationships Work for You. New York: Delos Publications.
Wallace, A. (1998). *The Bridge of Quiescence: Experiencing Tibetan Buddhist Meditation*. Chicago: Open Court Press.
Wallace, R. K., Wallace, R. K., Benson, H., & Wilson, A. F. (1971). A wakeful hypometabolic physiologic state. *Am J Physiol*, *221*, 795–799.
Walsh, R. (1992). The Search for Synthesis: Transpersonal Psychology and the Meeting of East and West, Psychology and Religion, Personal and Transpersonal. *Journal of Humanistic Psychology*, *31*(1), 19–45.
Walsh, R., & Shapiro, S. L. (2006). The meeting of meditative disciplines and western psychology: a mutually enriching dialogue. *Am Psychol*, *61*, 227–239.
West, M. (1979). Meditation. *Br J Psychiatry*, *135*, 457–467.
Wetzel, M. S., Kaptchuk, T. J., Haramati, A., & Eisenberg, D. M. (2003). Complementary and alternative medical therapies : implications for medical education. *Annals of Internal Medicine*, *138*, 191–196.
Wilber, K. (1980). The Pre-Trans Fallacy. New York: Re Vision, Fall.

Chapitre 1
La méditation de pleine conscience

À partir des années 1970, issu du rapprochement entre des courants de pensées de l'Orient et plus précisément de la psychologie bouddhiste et de l'Occident avec le développement des neurosciences (Varela, Thompson & Rosch, 1993), et en soulignant le lien avec le développement des alternatives thérapeutiques en médecine comme en psychologie (Berghmans & Tarquinio, 2009), le concept de pleine conscience a attiré l'attention de nombreux chercheurs et cliniciens qui visaient à développer un angle nouveau de la prise en charge thérapeutique de la maladie et des troubles psychiques en lien avec les thérapies comportementales et cognitives, mettant l'accent sur la relation aux pensées et la relation entre les émotions et les cognitions. Issu des travaux pionniers de Jon Kabat-Zinn (1985, 1990), le concept de pleine conscience a tout d'abord été étudié dans le cadre de pratiques méditatives couplées à des techniques de hatha yoga[1], ayant pour but de réduire le stress ressenti dans de nombreuses maladies chroniques et dans la gestion de la douleur (Kabat-Zinn, 1985). Ces recherches ont donné lieu à la création de l'approche thérapeutique *Mindfulness Based Stress Reduction* développée par Jon Kabat-Zinn (1982, 1990), et par la suite, à la thérapie *Mindfulness Based Cognitive Therapy* développée par Zindel Segal (Segal, Williams & Teasdale, 2006) mettant l'accent sur l'aspect cognitif couplé à la pleine conscience dans le soin de la dépression. Ces pratiques thérapeutiques se sont développées et ont été utilisées dans différents champs de la maladie physique et psychique que nous aborderons dans le chapitre suivant.

Inscrit originairement dans une perspective spirituelle et religieuse orientale, ce concept se retrouve aussi dans des traditions occidentales (philosophie grecque, phénoménologie, existentialisme, transcendantalisme et humanisme). Au début des années 1980, le concept de pleine conscience a été repris par la recherche médicale et psychologique afin de l'étudier sous un angle scientifique et thérapeutique permettant son

1. Yoga des postures.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

adaptation au sein de prise en charge. La définition du concept de pleine conscience s'est inscrite dans un chemin évolutif depuis les premières recherches effectuées par Kabat-Zinn (1982) qui définissait la pleine conscience comme le fait « de faire attention au chemin, au but dans le moment présent, dans un état de non-jugement ». Cette définition donnera lieu à des évolutions et des compléments et permettra de réfléchir sur les principes d'actions de la pleine conscience et sur ses effets sur la santé.

Par conséquent, après avoir précisé certains aspects terminologiques du terme de pleine conscience qui nous paraissent importants, et après avoir fait un rappel sur le lien avec la notion de conscience, nous allons d'une part situer la pleine conscience dans une perspective historique et culturelle dont elle émane et aborder sa définition, et d'autre part préciser ses principes d'actions sous un angle scientifique en mettant l'accent sur les concepts clés qui la caractérisent à ce jour au regard de la recherche scientifique.

Conscience et pleine conscience : repères terminologiques

Précisons de manière introductive, et dans un souci de clarification, que le concept de pleine conscience tel qu'il est traduit en français évoque directement la notion de conscience à la différence du terme anglais d'origine *mindfulness*. Cette traduction française peut entraîner des difficultés de compréhension de la notion de pleine conscience et nécessite de faire un bref rappel sur la notion de conscience, afin de mieux comprendre par la suite le terme de pleine conscience tel qu'il a été traduit et qui souvent est perçu d'une manière trop globale pouvant ainsi altérer son sens premier.

> D'un point de vue étymologique, le mot français conscience vient du latin *conscientia* qui est formé de *cum* qui signifie « avec », et de *scientia*, qui signifie « science ». De manière générale, la conscience est la faculté mentale de percevoir les phénomènes, sa propre existence ou ses états émotionnels. Si par exemple je suis triste, heureux et si je me rends compte que je suis triste ou heureux, je prends conscience de mes états affectifs. Mais le terme conscience a différentes origines liées au sens attribué à ce concept. Dans l'étude de la notion de conscience, il est important de distinguer d'une part la conscience en tant que phénomène mental lié à la perception, aux constructions et aux représentations mentales, qui comprend la conscience du monde en relation avec la perception du monde extérieur, et d'autre part la conscience de soi et de ce qui se passe dans l'esprit d'un individu, c'est-à-dire ses activités mentales (perceptions internes du corps, identité du Soi, opérations cognitives).

> *Le premier sens* sous lequel la conscience peut être étudiée correspond à la représentation du monde et les réactions de l'individu face à celui-ci. On parle alors de conscience du monde, que l'on retrouve dans le terme anglais *awareness*. C'est ce sens qui est évoqué dans des expressions comme « perdre conscience », ou à l'inverse « prendre conscience ». Le terme anglais *aware*, d'après l'*Oxford English Dictionary* est un ancien mot anglais qui signifie « être éveillé, être sur ses gardes, se rendre compte », à la différence du mot *awareness* qui n'est signalé qu'à partir du XIX^e^ siècle et qualifie le registre de l'attention et de son maintien, de sa garde et de sa stabilisation. Condillac (1746) va introduire la notion d'attention, de conscience qualitative différentielle qui répond assez bien à la qualité attentionnelle de l'*awareness*, ainsi qu'à la recherche de son maintien. Mais définir l'*awareness* en termes d'attention uniquement pourrait laisser penser que l'on a à faire un acte cognitif ponctuel, à une visée focalisée et déterminée. Il s'agit plus d'une vigilance ouverte, d'un accueil de type panoramique. *Awareness* correspond donc à une conscience de base minimale graduelle et ouverte, et se distingue de la conscience plus médiate et réflexive que l'on trouve dans *consciousness*, donné par Locke (1690/1972) aux activités réflexives de l'esprit.
> *C'est ce second sens* sous lequel la conscience peut être étudiée qui correspond aux représentations de sa propre existence, la conscience de soi et de ses états mentaux. On parle alors de *conscience de soi*, ou de *conscience réflexive*, que l'on retrouve dans la terminologie anglaise par le terme *consciousness*. Ce que Locke (1690/1972) appellera le sens interne, *internal sense*, et qui correspond à la mémoire où se retrouvent les états de conscience et où se constitue l'identité de celle-ci au travers du flux continu des perceptions.

En termes de traduction française, le terme *consciousness* a d'abord été traduit par « sentiment » ou « conviction » et l'expression *to be conscious* par « être convaincu ». On constate donc deux termes distincts, *awareness* et *consciousness* qui sont utilisés pour parler de ce que la langue française qualifiera uniquement de « conscience ». Ce terme français qui apparaît plus tard fait suite à un réel changement linguistique profond. En effet, il était très difficile pour la fin du XVII^e^ siècle de trouver un mot dans la langue française qui traduise le néologisme de Locke, c'est-à-dire le mot anglais *consciousness* qui sera traduit en latin par le terme *conscientia*. Seuls les mots « sentiment » et « conviction » pouvaient être utilisés pour rendre compte du terme anglais. Or il s'avère que souvent ces termes ne pouvaient rendre compte de la pensée de Locke qui fait dépendre l'identité personnelle de l'acte de l'homme. Par conséquent, le terme « conscience » seul a été utilisé.

Cet éclaircissement nous permet de souligner l'importance de la traduction rapide du terme *mindfulness*, par pleine conscience. Sous

l'angle linguistique, le terme de pleine conscience sous-entend à la fois une notion de plénitude de la conscience et évoque, par opposition, une non-plénitude, une conscience non pleine qui reste difficile à entrevoir et qui pourrait s'apparenter à un état d'esprit non attentionné ou non présent, non attentif. Le terme *mind* traduisant la notion d'esprit et non d'âme, lui-même traduit par *soul* dans la terminologie anglaise, a donné par extension le terme *mindfull*, traduit par attentif et pleine conscience qui se traduit par attention vigilante. *Mindfullness* a donc été traduit par pleine conscience, alors que certains comme Varela et al. (1993) utilisent plus la traduction en termes « d'attention vigilante ». On voit donc que le terme de pleine conscience tel qu'il est véhiculé dans la littérature peut entraîner une difficulté de compréhension. Une traduction plus appropriée pourrait être plus pertinente avec le terme de « présence attentive » telle qu'on la retrouve dans le bouddhisme ou « d'attention vigilante » qui souligne l'aspect attentionnel de la conscience *awareness* déjà évoqué par Condillac (1746) et qui souligne plus l'importance accordée à l'attention et à l'observation des états mentaux. On verra par la suite que la pleine conscience se définira en faisant appel également à d'autres concepts.

Par conséquent, le terme de pleine conscience que nous utiliserons tout au long de cet ouvrage s'inscrit dans cette réflexion. À la suite de cette précision, nous allons éclaircir et définir le concept de pleine conscience au regard de la recherche scientifique.

Définition évolutive de la pleine conscience

À ce jour, il n'existe pas de définition unique de la pleine conscience, en raison de l'évolution de ce concept et de l'angle sous lequel il peut être étudié. La pleine conscience a souvent été utilisée pour définir :

- une construction théorique ;
- une pratique pour cultiver la pleine conscience comme la méditation ;
- un processus psychologique, comme le fait d'être en état de pleine conscience.

On retrouve au même titre que le terme de méditation différentes variantes de sa définition. Nous allons présenter d'une manière chronologique les différents auteurs clés qui ont investigué cette approche en citant et en commentant leur définition pour ensuite proposer une définition synthétique sur laquelle nos réflexions vont reposer.

Langer (1989) va définir la pleine conscience comme un « style général ou un mode de fonctionnement à travers lequel l'individu s'engage activement à reconstruire son environnement en créant des catégories et des distinctions, et ainsi diriger son attention vers le signal contextuel qui peut être consciemment manipulé et contrôlé ».

Pour Langer, la pleine conscience est un processus cognitif permettant la création de nouvelles catégories, ouvertes aux informations et conscientes de plus d'une perspective. L'inverse de la pleine conscience serait de s'attacher trop rapidement à une perspective dans uns situation donnée, pour ensuite agir uniquement à partir de cet état d'esprit. La valeur de ce qui est observé n'est pas importante, seule compte sa nouveauté, permettant ainsi au sujet de se situer dans l'instant présent. De ce fait, le sujet sera plus attentif au contexte, et pourra envisager de nouvelles perspectives en termes d'action. Son comportement sera moins guidé par la routine et les habitudes. Par extension, le sujet sera plus sensible à son environnement et plus ouvert à de nouvelles informations, et créera de surcroît de nouvelles catégories qui structureront sa perception afin d'être plus attentif aux différentes perspectives lui permettant de résoudre un problème. En 2000, Langer (Langer & Modoveanu, 2000) affirmera qu'il s'agit d'un « état d'esprit flexible, dans lequel nous sommes activement engagés dans le présent, en notant les nouvelles choses et en étant sensibles au contexte ».

Elle insiste à la fois sur la notion de processus cognitif flexible et adaptatif et sur la notion d'instant présent. Dans cette lignée, Safran et Segal (1990) voient la pleine conscience « comme l'adoption d'une perspective de décentration à propos des pensées, des sensations et des émotions afin que celles-ci puissent être expérimentées dans leur subjectivité et leur nature transitoire ».

En 1997, Martin va définir la pleine conscience comme « un état de liberté psychologique, qui arrive lorsque l'attention est tranquille et réjouie, sans attachement envers un quelconque point de vue. »

Pour cet auteur, la pleine conscience implique un processus dans lequel le regard de l'individu est neuf et où son observation se situe principalement dans l'exploration. L'état de pleine conscience fait référence à cet intervalle de temps où les habitudes de pensées, de croyances, de comportements ou d'émotions sont mises en suspend et sont reconsidérées. Il s'agit d'une situation où le maintien du Moi devient moins important, allant jusqu'à disparaître. Martin parle d'une « *désidentification* vis-à-vis du Soi ». Dans cette optique, la pleine conscience recouvre plus que le fait de porter son attention sur quelque chose en évitant d'être distrait. Ce qui lui est essentiel, c'est cette notion de *non-attachement à une quelconque position*, pas simplement vis-à-vis de ce qui nous entoure, mais élargie à l'attitude d'émancipation vis-à-vis de ses propres habitudes, de sa vision de soi-même et du monde, en bref de tout ce qui appartient au Soi. La pleine conscience permet de prendre une certaine distance et d'envisager d'autres alternatives de pensées. Pour cela, un détachement et un « flottement » sont nécessaires afin que l'individu ne soit pas attiré par une direction particulière, mais soit emprunt d'une certaine liberté.

Marlatt et Kristeller (1999) vont définir la pleine conscience comme le fait de « porter son entière attention dans l'expérience présente, moment après moment ». Pour ces auteurs, être pleinement conscient dans le moment présent, c'est être attentif à l'ensemble des expériences qui existent dans l'ici et maintenant. C'est une forme d'attention vigilante additionnée à une attitude d'acceptation. Le sujet pleinement conscient accepte toutes les expériences vécues (pensées, émotions, événements) telles qu'elles sont, dans le moment présent, sans essayer de les modifier, ni d'élaborer à leur propos. Ces deux auteurs empruntent à Deikman (1982) le concept d'observation du Soi (*observing self*), c'est-à-dire l'individu qui observe de manière attentive ce qui se passe en lui. Cette attitude se retrouve dans la pratique méditative et rejoint également le domaine des psychothérapies au travers des notions de *self-monitoring* et d'« identification des pensées dysfonctionnelles » utilisées entre autres dans les thérapies comportementales et cognitives. La notion d'observation des états mentaux est ici centrale.

Jon Kabat-Zinn (1990) fera évoluer sa conception de la pleine conscience à travers le temps, qu'il définit d'une manière poétique comme le fait de « faire attention au chemin, au but dans le moment présent, dans un état de non-jugement », pour en arriver, en 2003, à la définir comme « l'attention vigilante qui émerge lorsque l'on porte son attention à un but, dans l'instant présent, sans jugement, envers le déroulement de l'expérience moment après moment. » Les notions de focalisation de l'attention (et par extension d'observation), et de non-jugement sont ici centrales. Kabat-Zinn parle d'une capacité à être en pleine conscience, qui n'est pas uniquement dévolue aux personnes méditantes. Tout individu peut vivre cette conscience du moment présent, à des degrés différents, car c'est, selon lui, une capacité innée propre à l'humain pouvant se développer ou non en fonction de l'observance et de la pratique. La notion de compétence ou de capacité pouvant être apprise apparaît.

De manière assez similaire, pour Hayes et Wilson (2003), la pleine conscience correspond à « un ensemble de techniques (donc une méthode) désigné pour encourager délibérément le contact avec les événements qui se passent dans l'ici et maintenant, de manière non évaluative ».

Pour ces auteurs, les fonctions verbales et cognitives prennent une place importante dans diverses pathologies. Ces fonctions sont problématiques à partir du moment où elles dominent l'individu et l'empêchent de laisser place à d'autres activités.

> « (…) Par exemple, une personne atteinte de trouble panique ne pourra centrer son activité cognitive que sur ses symptômes (peur de l'humiliation, identification des moyens d'échappements…), et ainsi être déconnectée des possibilités qui

> s'offrent à elle dans son environnement. Pour Hayes, cette inflexibilité cognitive provient de l'impact naturel des fonctions verbales et cognitives. Pour eux, les émotions du présent sont dictées par le développement ontogénétique et phylogénétique. Il y a donc réactivation du passé au sein du présent. Si l'individu souhaite modifier ses futures réactions émotionnelles, il devra reconstruire différemment son histoire, et ce dans le présent. Cette démarche va provoquer en lui des réactions émotionnelles fortes à court terme (Hayes, 1994). »

Les processus cognitifs et verbaux sont déterminés par l'évolution. Au départ, leur but était de permettre la survie. Pour Hayes (1994), le comportement d'évitement provient de là. Quand un événement interne est jugé dangereux pour l'individu, les processus mentaux vont intervenir dans le but de l'éviter. C'est cette dominance de l'activité cognitive qui est visée dans les techniques de type pleine conscience, dans le but de la faire diminuer, et de laisser place à une conscience plus expérientielle et non évaluative. Ils pensent que les techniques de pleine conscience amènent une redéfinition de l'origine et donc des solutions à apporter aux psychopathologies. Pour eux, le problème ne vient pas des pensées, émotions, sensations et désirs, mais plutôt du rapport qui leur est entretenu. La solution n'est pas de les modifier ou de les supprimer, mais de modifier les valeurs qu'on leur accorde. Hayes sera un des premiers auteurs à faire le lien entre la pleine conscience et les thérapies comportementales et cognitives en proposant la thérapie ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*) basée sur un travail avec les valeurs et des buts de vie, dans un contexte de changement de relation avec les pensées.

En 2004, et à partir de différentes recherches sur cette notion, Bishop et al. vont proposer une définition opérationnelle de la pleine conscience. Pour eux, deux facteurs la composent :

> « l'auto-régulation de l'attention, maintenue dans l'expérience immédiate dans le but d'augmenter la capacité du mental à se centrer sur les événements survenant dans le moment présent, et l'adoption d'une orientation particulière vis-à-vis de cette expérience, une orientation qui est caractérisée par la curiosité, l'ouverture et l'acceptation. »

Pour ces auteurs, la pleine conscience est une activité métacognitive, en rapport avec les stimuli internes. Ils pensent que la méditation au sens large est un moyen d'atteindre l'état de pleine conscience, au même titre que certaines psychothérapies, qui permettent une augmentation de la capacité d'attention vis-à-vis des stimulations psychologiques et comportementales.

Dans le même ordre d'idée, Brown et Ryan (2004) vont définir la pleine conscience comme un « état d'attention et de vigilance soutenue à ce qui se passe dans le présent, et une conscience de l'expérience actuelle ou de la réalité en présence ».

Ils vont reprendre les travaux de Bishop et al. (2004) et mettre en avant certains points de désaccord. Pour eux, la pleine conscience n'est pas une capacité métacognitive. Une métacognition est un processus qui opère au sein des pensées dans le but de contrôler l'activité cognitive et de s'assurer que tous ses buts ont été atteints. L'activité de pleine conscience agit sur un mode perceptuel vis-à-vis des pensées, émotions et sensations, donc elle ne peut être une pensée, vu qu'elle observe les pensées. Cette perception est en lien avec la notion d'observation telle que définie par Martin (1997). Pour ces auteurs, au même titre que l'attention et la vigilance, l'acceptation est un élément essentiel de la pleine conscience. Au même titre que Bishop et al. (2004), Brown et Ryan pensent que l'activité méditative est un bon moyen pour atteindre un état pleinement conscient.

Enfin, Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra et Farrow (2005) définissent la pleine conscience comme « une tendance à être profondément conscient de nos expériences internes et externes dans un contexte d'acceptation et une position de non-jugement. » Pour eux, la pleine conscience comporte deux composantes essentielles : l'attention vigilante et l'acceptation. Ce ne sont pas forcément des concepts inséparables. On peut les mesurer de manière indépendante, mais il est important qu'ils se manifestent ensemble, car l'attention vigilante qui se manifeste sans acceptation amène le sujet à juger, voire éviter ses pensées, émotions, sensations, donnant lieu à des affects négatifs.

On constate que la recherche offre de nombreuses différences dans la description du concept de pleine conscience tant au niveau théo rique qu'opérationnel (Dimidjian & Linehan, 2003) que sous l'angle de la mesure de la pleine conscience (Brown & Ryan, 2003). Les tentatives de définitions sont souvent liées à la pratique clinique de la pleine conscience. C'est pourquoi, on peut constater des différences entre la définition de Kabat-Zinn (1990), qui s'inscrit dans une pratique de réduction de stress liée à la pleine conscience, et de par exemple Baer (2004), qui elle s'inspire de la thérapie dialectique DBT (*Dialectical Behavior Therapy*) développée par Linehan (1993). On voit donc qu'il existe plusieurs façons d'aborder la définition de cette notion complexe. On remarque aussi que de nombreux éléments sont communs à ces définitions, ce qui nous a amenés à présenter une tentative de synthèse au regard de la littérature scientifique (encadré 1.1).

Au travers de ces définitions, on remarque que le concept de pleine conscience est majoritairement apparenté à la notion d'attention,

Encadré 1.1

Définition synthétique de la pleine conscience

La pleine conscience peut être définie comme :

- un état de conscience sensible à l'expérience et pouvant se développer (une compétence),
- un état d'attention flexible et vigilante, caractérisé par la conscience de l'instant présent, l'observation des états mentaux d'une manière non conceptualisante, non discriminante et non évaluative,
- une attitude qui se caractérise par la curiosité et l'ouverture, le non-attachement et le non-jugement, la non-rumination mentale et l'acceptation,
- un état dans lequel l'esprit du sujet ne se laisse pas accrocher ou n'est pas parasité par des pensées, sensations ou émotions à propos d'expériences présentes, passées ou d'attentes futures qui surgissent,
- un état d'esprit qui met en valeur l'attention et l'habileté à se dégager de schémas de pensées non adaptatifs qui rendent l'individu vulnérable à des états de stress et à d'autres états pathologiques.

d'observation, d'acceptation et de non-jugement (Marlatt & Kristeller, 1999 ; Kabat-Zinn, 1990 ; Bishop et al., 2004 ; Brown & Ryan, 2004 ; Cardaciotto et al., 2005). Pour l'ensemble de ces auteurs, les facteurs d'attention et d'acceptation se manifestent dans l'instant présent. Pour certains, la pleine conscience est tantôt conceptualisée comme une capacité acquise, un état (Bishop et al., 2004) et tantôt comme un trait, une capacité innée (Kabat-Zinn, 1990 ; Brown & Ryan, 2004).

La définition synthétique que nous proposons est issue d'un contexte empirique et se place dans un contexte scientifique et thérapeutique évolutif et nécessiterait sans doute d'être explorée d'un point de vue phénoménologique afin de prendre en compte les représentations subjectives de méditants, et par extension, de méditants chevronnés afin de comparer ces perceptions et ces représentations avec les tenants empiriques actuels. Précisons, enfin, que la variation de définition que l'on retrouve dans la littérature est liée à l'angle sous lequel le concept de pleine conscience est étudié, c'est-à-dire soit dans une optique purement théorique et expérimentale, soit dans une optique clinique.

L'évolution des définitions de la pleine conscience nous renseigne donc sur la richesse de son contenu et sur l'évolution de la recherche à son égard et invite le lecteur à continuer à explorer cette quête de sens, elle-même vecteur d'enseignement. Ceci étant posé, et avant d'aborder les principes d'actions de la pleine conscience et ses concepts clés, il convient de la situer dans son environnement historique et culturel dont elle émane et de ce fait, faire le lien avec la pensée bouddhiste et son extrême richesse, nous permettant ainsi de mieux comprendre la nature de la pleine conscience.

Les racines de la pleine conscience : approche culturelle et historique

Pour appréhender avec clarté les racines conceptuelles et culturelles de la pleine conscience, il convient de la relier à ses origines et de faire un point rapide sur les bases de la psychologie bouddhiste et du bouddhisme, dont elle émane, pour ensuite présenter le caractère thérapeutique de la pleine conscience visant à se développer au sein de la psychologie de la santé et des approches thérapeutiques. Pour cela, nous nous baserons principalement sur les travaux d'Olendzki (2005) illustrant la place de cette forme de méditation dans la psychologue bouddhiste et son caractère thérapeutique. Nous omettrons par choix les approches occidentales de la pleine conscience. Bien que non spécialiste quant à la psychologie bouddhiste et au bouddhisme en général, nous invitons le lecteur aguerri à ces questions à faire preuve de tolérance au regard de nos réflexions futures qui sont indispensables dans un souci de présentation des racines de la pleine conscience.

Aspects généraux de la psychologie bouddhiste

Des recherches empiriques (Baer, 2003 ; Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2003) commencent à souligner l'intérêt grandissant et l'utilité de la pleine conscience dans le soulagement des souffrances psychologiques et physiques. Dans les différentes pistes de recherche liées à la méditation de pleine conscience, les chercheurs essaient actuellement de séparer les différentes composantes de la pleine conscience afin de mettre en évidence ses mécanismes d'action en mettant de côté les éléments qui pourraient simplement être des élaborations culturelles propres à cette pratique, telles que les représentations religieuses ou spirituelles. Toutefois, écarter les fondements culturels de cette pratique dans l'analyse de ce concept peut être un frein à sa compréhension, car la pleine conscience émane du socle de la tradition. C'est pourquoi, afin de mieux appréhender la nature du concept de pleine conscience, il est utile d'étudier le contexte historique de la pleine conscience et son système de pensée sous-jacent qu'Olendski (2005) développe d'une manière globale en se basant sur les fondements de la psychologie bouddhiste.

La pratique qui consiste à prêter soigneusement attention aux détails de l'expérience du moment présent, que l'on retrouve dans la pleine conscience, est probablement aussi vieille que le genre humain lui-même. Toutefois, agir ainsi, d'une façon délibérée et structurée, semble avoir des racines particulièrement bien ancrées dans les traditions religieuses de l'Inde ancienne. C'est autour des rives de l'Indus et du Gange que les individus ont commencé à explorer les nuances de l'expérience de la perception et de l'observation en utilisant des méthodes qu'un

scientifique moderne pourrait qualifier d'empiriques et d'expérimentales, malgré le fait d'être entièrement introspectives. Mené au cours des quatre derniers millénaires, cette approche a légué une science descriptive de l'esprit et du corps, la psychologie bouddhiste, qui présente un intérêt croissant pour la recherche contemporaine.

> La psychologie théorique bouddhiste présente un modèle de conscience humaine qui repose sur la vision d'un processus et de systèmes non centralisés et interdépendants, destinés au traitement de données sensorielles et à la construction de l'identité. Sa psychologie pratique est ancrée dans la pratique de la méditation qui peut s'étendre de la pleine conscience, à travers différentes étapes de concentration, à des *insights* de profonde transformation personnelle pouvant restructurer fondamentalement l'organisation de l'esprit et du corps. La forme la plus basique et la plus accessible des arts méditatifs de l'Inde ancienne, qu'est la *méditation de pleine conscience*, ou *vision pénétrante* commence à s'implanter de façon significative dans un vaste champ de professions scientifiques et thérapeutiques actuelles, notamment en psychologie de la santé (Berghmans & Tarquinio, 2009).

> « D'un point de vue traditionnel, les écoles de pensées bouddhistes et hindouistes partagent l'idée que l'existence humaine est centrée sur un nœud de prise de conscience, encastré dans un appareil sensoriel délivrant une expérience à la fois agréable et douloureuse. La nature de cette existence était entachée par le fait que la douleur est inévitable et que le plaisir durable inaccessible. La mort n'apportait aucune solution à ce dilemme existentiel appelé *dukkha* (traduit librement par « souffrance ») car l'individu, dans cette optique traditionnelle, « glisse » d'une vie à une autre, sans répit. Au cours de chacune de ses vies, l'individu se heurte toujours à la maladie, la blessure, la vieillesse et la mort. Les rites religieux de l'Inde ancienne s'organisaient autour de la libération de l'âme de ces cycles de renaissance et de souffrance, parvenant ainsi à une forme de profonde omniscience (Olendzki, 2005). »

L'intérêt porté à la prise de conscience et à l'expérience directe a permis de donner une orientation psychologique aux problèmes posés par ces anciennes traditions. À la différence des religions occidentales dominantes fondées sur un contexte historique et encadrées par un système de croyances spécifiques basé sur une révélation, le bouddhisme est quant à lui plus agnostique en matière de révélation métaphysique et, au contraire, axé sur l'expérience intérieure du pratiquant. De ce fait, une analyse fine de la situation permet à l'individu de comprendre

la façon dont les souffrances sont générées et peut de ce fait apprendre à travailler à la destruction des conditions qui génèrent cette souffrance. Selon cette tradition, la souffrance psychologique et existentielle tirerait son origine des besoins basiques humains qui sont, pour la plupart, inconscients et, de ce fait, au-delà du contrôle de chacun. Mais les réponses comportementales peuvent être modifiées par une reprogrammation de l'esprit et du corps de façon substantielle pour éviter des désagréments et l'apparition de la souffrance. Cela nécessite en fait une transformation psychologique radicale pouvant s'effectuer à l'aide d'outils nouveaux permettant de démêler les enchevêtrements du corps et de l'esprit, et c'est là que des pratiques comme le yoga, l'ascétisme et la méditation de pleine conscience deviennent des supports privilégiés de l'exploration intérieure et de la transformation personnelle.

> « Le yoga, dans la tradition hindoue, souligne la liaison entre le corps et l'esprit ainsi que la volonté et l'attachement de l'humain à vouloir atteindre un stade de découverte de soi plus élevé. Cela implique à la fois ascétisme et méditation. L'ascétisme s'adresse au désir, en privant l'esprit et le corps de ce qu'ils veulent désespérément et la méditation s'occupe, quant à elle, d'apprendre à observer et à être profondément conscient de ce qui se déploie dans l'esprit et dans le corps, instant après instant. C'est principalement le cas de la méditation de pleine conscience. Affinant une expérience du présent de plus en plus pointue, la pratique de la méditation met la lumière sur des processus qui sont invisibles du fait de leur subtilité, ou négligés du fait de leur omniprésence. Toutes ces techniques d'explorations expérimentales ont été développées et cultivées au fil des siècles et sont amenées à être redécouvertes par la psychologie moderne sous un éclairage scientifique et médical (Olendzki, 2005). »

Dans la méditation de pleine conscience, on observe simplement, de façon aussi objective que possible, les données de l'expérience phénoménologique qui se déroule, en ayant recours aux instruments de la prise de conscience introspective.

Selon le point de vue de l'analyse bouddhiste classique :

> « l'unité discernable la plus fondamentale de l'expérience est un instant de *contact* entre un organe sensoriel, un objet sensoriel et la prise de conscience de cet objet. La réunion de ces trois facteurs, chacun étant lui-même le produit d'un processus entier, provoque un incident synthétique de cognition humaine, un épisode de discernement sensoriel, un événement de "connaissance" qui forme le noyau autour duquel l'existence consciente humaine est agencée (Olendzki, 2005). »

La *conscience* est ainsi un phénomène émergent et conditionné, qui se manifeste dans une série d'occurrences momentanées, laquelle est simultanément l'agent, l'instrument et l'activité de la prise de conscience (Bhikku Bodhi, 2000). De manière plus précise, le mode d'émergence de l'expérience consciente sera codéterminé par la nature de l'organe et l'objet de sa prise de conscience. La vue lorsque l'œil est utilisé pour discerner un objet, l'ouïe lorsque l'oreille est impliquée pour distinguer un son et, selon les autres supports sensoriels, la conscience peut se manifester en tant qu'odorat, goût, toucher ou pensée. Ce dernier support est en fait beaucoup plus exhaustif que ce que le terme de pensée entend habituellement, et inclut tout événement mental qui n'est pas déjà compris dans l'une des cinq autres modalités sensorielles. L'instant de contact entre les organes, les objets et la conscience est le moment autour duquel une manifestation de l'esprit plus complexe se cristallise et apparaît. La perception, le sentiment et l'intention se manifestent simultanément avec ces trois facteurs.

> La *perception* implique une foule de fonctions associatives apprises graduellement au cours du temps et lourdement conditionnées par des facteurs tels le langage et la culture. Elle procure des informations évaluatives sur la façon dont le sujet observe et construit l'expérience de l'instant. Tout ce qui est vu, est *vu* comme quelque chose et chaque expérience visuelle est automatiquement traitée à la lumière de la compréhension antérieure. La perception n'est pas ici l'enregistrement passif du monde perçu à travers les sens et représenté de façon précise dans la conscience. En fait, c'est un processus créatif de construction et de catégorisation se dessinant sur l'expérience du passé et l'application de catégories héritées de sources multiples. Par conséquent, il n'est pas approprié de dire que nous percevons de façon précise ce qui est donné. L'acte de perception va souvent au-delà des données présentes au niveau des sens, omettant potentiellement des détails ou remplaçant les informations manquantes. On ne peut que mentionner le lien avec des penseurs comme Watzlawick, représentant du constructivisme, dans lequel la réalité est une construction perceptive basée sur nos représentations et nos perceptions (Watzlawick, 1988).
>
> Le *sentiment* est un mot utilisé dans le vocabulaire technique bouddhiste pour faire référence à la tonalité de l'affect associé à chaque objet sensoriel ou cognitif. À la connaissance brute de chaque instant de l'expérience vient aussi s'ajouter une coloration hédonique, de sorte que tout ce qui est vu est vu comme plaisant, déplaisant ou neutre. Ce ton de sentiment est aussi une part naturelle et automatique du traitement de chaque objet connu selon l'un quelconque des six modes de connaissance (la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, le toucher et la pensée) et devient lié à la façon dont un instant est construit. Dans certains cas, la précision

> ou la force de cette charge est faible, on dit alors que le ton du sentiment n'est ni plaisant ni déplaisant mais, même lorsque les sentiments sont neutres, ils jouent un rôle important dans la texture de l'instant. Ce processus se produit normalement aussi hors de la prise de conscience bien qu'il devienne un objet d'attention dans la méditation. On va jusqu'à considérer que l'expérience inclut cinq facteurs interdépendants : un organe, un objet, la conscience, la perception et le sentiment, chacun d'entre eux émergeant et disparaissant ensemble dans la vision de celui qui médite attentivement.
>
> Un autre élément important du point de vue de la psychologie bouddhiste est l'*intention*, qui a trait à l'attitude prise par rapport à ce qui se passe dans l'expérience ; c'est la position intentionnelle que l'on adopte à tout instant donné. Alors que les autres facteurs contribuent essentiellement à notre connaissance de ce qui se passe intérieurement ou dans l'environnement, l'intention a plutôt trait à ce que nous en faisons. Alors que les objets apparaissent aux organes de perception et sont à peine remarqués par la conscience, et que la perception et le sentiment ont plus trait à la mise en forme de la signification subjective de l'objet, l'intention est une fonction plus active et plus créative qui a un grand impact sur la façon dont l'expérience de l'instant est organisée et présentée par l'esprit.

D'après cet aperçu basique de la psychologie bouddhiste, nous pouvons constater qu'une personne est considérée comme un processus de système dynamique en interaction constante se déployant de façon continue, répondant à un environnement changeant et se refaçonnant elle-même perpétuellement, comme si elle construisait un ordre sensé à partir des données extérieures et intérieures de chaque instant. Les mécanismes sont en place pour apprendre à partir de l'expérience et retenir l'information, et ces structures se stabilisent au cours du temps de façon à ce que chaque personne acquière un ensemble unique de caractéristiques.

> « L'esprit capte l'information à partir d'un flux ininterrompu de phénomènes se présentant aux portes des sens. Dans la terminologie bouddhiste, l'esprit crée artificiellement des instants virtuels de "permanence" à partir d'un univers intrinsèquement éphémère. C'est une distorsion et elle se répète à des niveaux plus élevés du processus. Les pensées, les opérations de niveau plus élevé construites sur de tels faisceaux de perception, consistent aussi en images et en concepts, et les "visions" ou croyances sont un ensemble supplémentaire d'attitudes et d'habitudes de l'esprit. Les perceptions génèrent des pensées qui se figent en croyances et qui influencent alors la perception. Lorsque le système fonctionne de façon optimale, il tient

> compte du développement, de l'apprentissage et de la transformation. Mais lorsqu'il est fondamentalement mal informé, il peut aussi générer une quantité considérable de pathologies générant de la souffrance, qu'il convient de diminuer ou de supprimer (Olendzki, 2005). »

Désir, souffrance et guérison par la pleine conscience

Le plaisir et la douleur constituent une part naturelle et importante de chaque expérience de vie qu'un individu peut vivre dans l'instant. Le désir, réflexe de continuer en ce qui concerne le plaisir, ou de cesser en ce qui concerne la douleur, est essentiellement l'expression d'une tension entre ce qui se passe et l'intention de la personne à maximiser la gratification du principe du plaisir. C'est le mouvement de l'esprit qui cherche à ce que l'instant suivant soit différent de l'instant présent. Par exemple, si je suis habitué à une température de 20 °C, et que la température chute à 10 °C, un sentiment d'inconfort pourrait survenir. C'est la façon qu'a mon corps d'exprimer son état présent de déséquilibre. Toutefois, un désir pourrait aussi émerger de cette situation, se manifester dans mon réel vouloir d'avoir plus chaud, pour restaurer le sentiment de plaisir généré par la sensation d'être en équilibre avec l'environnement. À ce moment, si ma compréhension est suffisamment développée pour se rendre compte que tout ceci n'est que le déploiement naturel de la cause et de l'effet dans un système psychophysique dépersonnalisé, le froid est simplement froid, et elle ne s'attend pas à ce qu'il en soit autrement. L'inconfort lié à la température peut persister mais le désir qu'il en soit différemment (c'est-à-dire la souffrance) non. Cette qualité attentive, mais dépourvue d'émotion est souvent décrite par le terme d'équanimité, une attitude de l'esprit capable d'inclure à la fois le plaisir et la douleur sans qu'ils la poussent à l'action du désir. Manquant d'équanimité et de compréhension, je pourrais au contraire me sentir obligé de gratifier mon désir quel qu'en soit le prix, une attitude qualifiée par les bouddhistes d'attachement ou de cramponnement (Olendzki, 2005).

Selon le bouddhisme, une grande partie de notre expérience quotidienne est colorée par l'attachement qui renforce la construction de l'individualité. C'est au moment de cramponner ou de rejeter quelque chose que l'individu en tant qu'agent est créé. Les bouddhistes nous proposent ainsi une autre façon de comprendre l'individualité et l'identité. Pour reprendre les termes de Olenzki (2005) :

> « Il ne s'agit pas du fait qu'une personne existe et puisse alors s'identifier à certains objets, idées, etc. C'est plutôt que la personne conçue comme un individu individuel, avec une identité

> propre, est créée dans un acte momentané d'identification. Et avec une vision sur l'individualité sous-jacente façonnant toute l'expérience, une personne devient motivée pour se créer elle-même, instant après instant. La solidité et la cohérence de l'individu sont seulement apparentes, émergeant d'innombrables instants d'auto-construction, juste comme la réalité apparente d'un film émerge de l'illusion de continuité générée par de nombreux scénarios de films individuels. L'individu naît et meurt, grandit et s'éteint, instant après instant, à chaque fois que l'on se cramponne ou que l'on s'attache à la gratification des désirs. Cependant, chaque fois qu'un désir est satisfait, un autre émergera, suggérant ainsi que les termes de paix ou d'accomplissement n'auront jamais de significations sensées. C'est l'étiologie de la souffrance dans la psychologie bouddhiste. Le mot bouddhiste *dukkha* est le terme qui désigne cette souffrance ou insatisfaction, une faille fondamentale dans le système de fonctionnement esprit-corps et ainsi, dans la condition humaine. »

Dans la tradition bouddhiste, le Bouddha se considérait lui-même comme un médecin, un guérisseur dont la tâche était d'identifier la maladie affligeant le genre humain, de découvrir ses causes, d'utiliser cette connaissance pour soigner et de concevoir un programme permettant à chaque personne de trouver le bien-être et le bonheur. Selon la tradition, il commença par expérimenter tout cela sur lui-même. Le prince Siddharta Gautama devint le Bouddha, l'éveillé, une nuit où il finit par voir de façon claire comment l'esprit et le corps créaient leur propre souffrance et fut capable de se transformer de telle sorte que cette souffrance le quitte entièrement. S'étant soigné lui-même, il continua alors dans le but d'aider les autres. Le Bouddha comprit que le processus de guérison impliquait bien plus que la médecine seule, mais aussi la compréhension et la coopération du patient, le degré de soin et le soutien disponible pour les autres, ainsi que des facteurs environnementaux tels la nutrition, le repos et le temps qui tous jouaient un rôle important dans le succès du programme. Le point de départ de ce que l'on peut qualifier par « programme de guérison » est la méditation de pleine conscience. Elle ne sera pas seule à l'origine de la guérison mais est nécessaire à tout progrès réel par rapport au bien-être physique et psychologique. Comme la souffrance est construite à chaque instant de façon réflexive, la méditation pleine conscience nous invite à assister simplement au champ des phénomènes, à ce qui émerge au niveau de l'immédiateté sensitive et cognitive. Les phénomènes apparaîtront ou émergeront à l'un quelconque des cinq sens où ils émergeront en tant qu'objets de prise de conscience. La capacité d'être conscient de ces données en tant que phénomènes, plutôt qu'en tant qu'« objets de notre monde construit de façon conceptuelle », requiert bien sûr beaucoup d'entraînement et de pratique.

De manière générale, dans la psychologie bouddhiste, les réflexes et les instincts sont entièrement dirigés de façon à négliger les détails de l'expérience. En termes plus simples, l'individu est beaucoup plus investi dans la représentation des buts, des stratégies, et des systèmes de croyances. La méditation en pleine conscience enseigne progressivement à regarder ce flux en cours de l'expérience comme une fin en soi. Il ne s'agit pas d'ébranler complètement le monde conventionnel que nous construisons mais plutôt de le placer dans une perspective véritable. En apprenant à observer ce niveau d'apparence habituellement négligé, nous commençons à révéler le processus de la construction de l'identité et de la construction du monde lui-même, au lieu de rester entièrement centré sur le produit de ce processus. La pratique de la pleine conscience nous aide à renverser notre tendance à nous projeter dans l'instant suivant. En apportant une attention délibérée et soutenue au champ des phénomènes, nous entraînons l'esprit à habiter l'espace plus ouvert de l'expérience venant d'émerger. L'esprit s'inclinera naturellement vers des projets de construction variés (pensées, souvenirs, projets, fantasmes). En observant le mouvement des phénomènes émergeant à la création de la pensée, nous commençons à révéler la nature hautement construite de l'expérience. À partir de ce point de départ de prise de conscience très aiguë de l'activité de l'esprit à l'instant présent, une gamme d'options d'apprentissage et de développement devient alors possible. Un programme détaillé de transformation a été mené dans la littérature bouddhiste originelle (Nanamoli & Bodhi, 1995) et n'a cessé d'être élaboré au cours de siècles de tradition. La pleine conscience peut se cultiver en l'appliquant à différents objets : le corps, les émotions, les activités mentales.

Au niveau du corps, on peut observer attentivement les sensations physiques qui émergent lors de la respiration, permettant d'observer un ensemble de phénomènes toujours présent mais changeant constamment. La qualité de l'attention apportée pour s'appuyer sur ces sensations de changements peut être graduellement approfondie au fur et à mesure du développement de la pratique. L'inspiration seule pourrait, dans un premier temps, sembler être accompagnée de quelques sensations discernables au niveau du nez, de l'abdomen, mais par la suite, plus le savoir-faire basé sur l'expérience augmente, plus l'on aura tendance à remarquer de plus en plus d'éléments.

La même perspicacité sensorielle et attentive peut être dirigée vers le corps quand il adopte différentes positions : assis, debout, couché ou en train de marcher. Chacune d'entre elles va procurer son propre univers de sensations uniques. Ainsi centrée sur le corps, la pleine conscience pourrait être développée par l'observation des objets physiques du toucher lorsque l'on parcourt la gamme des comportements normaux tels que boire, manger, s'endormir ou se réveiller.

Or, on pourrait augmenter sa capacité à distinguer les manifestations physiques brutes de résistance, de mouvement et de température que les bouddhistes identifient comme les composants basiques de toute sensation physique. Un autre exercice consiste à « balayer » le corps par une prise de conscience consciente, du sommet de la tête jusqu'à la plante des pieds, identifiant la sensation dans chacune des différentes parties du corps. Dans tous ces cas, le but est de devenir et de rester conscient uniquement des sensations physiques émergeant par les sens et l'observation interne.

Un autre domaine où peut s'appliquer la pleine conscience est celui des émotions et des sentiments. À ce niveau, le pratiquant accordera de l'attention à la qualité agréable ou non de chaque expérience. Le sujet doit devenir capable de distinguer des sensations physiques émergeant dans un bras, et les émotions qui y sont liées comme par exemple de la douleur. Le ressenti de la sensation corporelle est un phénomène, la douleur liée à ce ressenti un autre. La méditation pleine conscience classique cherche à alimenter ce degré de précision.

Il en est de même dans le cas d'objets mentaux émergeant dans l'esprit. Chaque souvenir, pensée ou projection sera accompagné d'un ton de sentiment qui peut être plaisant, déplaisant ou neutre. Même lorsque le ton de sentiment n'apparaît pas clairement comme particulièrement plaisant ou déplaisant après un examen minutieux, comme dans le cas d'un sentiment neutre, il procure quand même une sensation tangible en cours qui peut être perçue par celui qui pratique la méditation, quel que soit le type d'expérience. La méditation de pleine conscience offre donc des perspectives multiples permettant aux sujets d'aiguiser son discernement.

Une approche thérapeutique pour notre époque ?

Ceci est une brève vue d'ensemble sur la façon dont la pleine conscience peut être comprise et développée selon le contexte traditionnel de la pratique bouddhiste classique. Dans cette perspective traditionnelle, la fin à laquelle la pratique est destinée n'est rien de moins que la transformation radicale et complète de l'organisme psychophysique humain. Cette transformation peut d'abord s'avérer modeste, impliquant des moments occasionnels d'*insight*. Mais ces moments sont cumulatifs et gagnent progressivement du terrain au fur et à mesure que les structures sous-jacentes du processus psychologique se révèlent. « La pleine conscience mène à l'*insight* et l'*insight* mène à la sagesse. Le type d'*insight* auquel on fait référence dans ce contexte n'est pas l'*insight* conceptuel d'un récit personnel mais une vision plus viscérale et intuitive de la nature conditionnée, construite, changeante et impersonnelle de notre vie mentale et physique. C'est un *insight* qui desserre les

liens de l'attachement » (Olendzki, 2005). La véritable façon dont les données sensorielles sont organisées à chaque instant dans la construction d'une personnalité et d'une vision sur le monde commence à changer. Finalement, des épisodes récurrents d'*insight* contribueront à des changements de l'esprit plus durables, un processus que les boud dhistes appellent l'intensification de la sagesse. Ce type d'*insight* transforme l'individu.

Une personne construit toujours l'expérience instant après instant au moyen des organes des sens et de la perception, et elle éprouve le plaisir aussi bien que la douleur. La différence réside dans le fait que le plaisir n'engendrera pas le désir de plus de plaisir et que la douleur ne se heurtera pas à l'aversion ou à la résistance. Ainsi l'action n'est plus motivée par le cramponnement à la satisfaction et l'identité ne se construit plus en tant que nœud autour duquel le comportement autointéressé s'organise.

> « Une personne évolue à travers le monde, répondant de façon approximative aux événements quand ils émergent, et sa vie devient une expression des intentions de générosité (non-avidité) les plus altruistes, de gentillesse (non-haine) et de compréhension (non-délire). Nous nous retrouvons avec l'image d'une personne satisfaite en toutes circonstances, libre d'un conditionnement involontaire et en aucun cas menée à l'action par compulsion. Une telle personne accepte le changement constant du monde, n'attend plus de gratification au-delà de la rencontre de certains besoins conceptuels (tels que manger ou boire lorsque c'est approprié, mais sans attachement), n'exerce ou ne revendique aucune propriété sur un objet ou élément de l'expérience et, peut-être le plus important, ne souffre pas du délire narcissique de l'identité personnelle excessive. Une telle vision du potentiel humain suggère la transformation de l'organisme psychophysique humain à un stade d'évolution un peu plus élevé (Olendzki, 2005). »

On voit donc l'importance et la richesse de la culture et de la psychologie bouddhiste dans laquelle la pleine conscience s'inscrit, et ceci nous permet de mieux comprendre son origine, et l'objectif de cette approche thérapeutique au sein de cette tradition. L'apparition de la théorie et de la pratique de la pleine conscience dans la psychothérapie occidentale est un exemple moderne d'adaptation culturelle de la psychologie bouddhiste. La pleine conscience exerce des actions multiples sur l'individu et met en place des mécanismes que la psychologie occidentale étudie désormais sous l'angle scientifique.

Processus d'action de la pleine conscience

Une fois défini et placé dans son contexte historique et culturel, il convient de se positionner sur son fonctionnement et ses principes d'actions. Cette question fondamentale entraîne un premier champ de recherche qui permet d'identifier les différents facteurs intervenant dans le mécanisme de la pleine conscience. Une théorie expliquant les mécanismes d'action intervenant dans la pleine conscience devient nécessaire afin d'expliquer les changements obtenus en termes de santé. Un dialogue et une première ébauche de théorie ont été développés par Shapiro (2006) qui postule qu'il y a trois composantes générales à l'état de pleine conscience (fig. 1.1) :

- l'attention ;
- l'attitude ;
- l'intention.

Nous articulerons notre réflexion autour de ces trois composantes qui se retrouvent d'une certaine façon dans la définition de Kabat-Zinn (1994) mentionnée plus haut « faire attention au chemin, au but dans le moment présent, dans un état de non-jugement ». Ici, l'intention correspond au

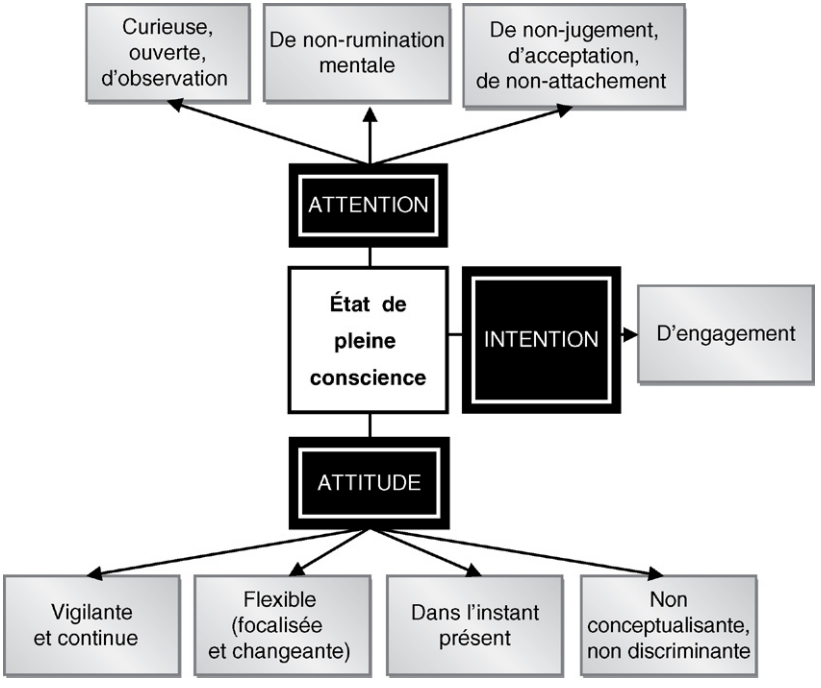


FIGURE 1.1. **Concepts de la pleine conscience.**

but, le fait de faire attention au concept d'attention et la façon particulière, c'est-à-dire sans porter de jugement, est liée à l'attitude.

Ces trois axiomes sont les blocs fondamentaux dans lesquels la pleine conscience émerge. Ces trois éléments ne sont pas des processus séparés, mais différents aspects d'un processus cyclique fonctionnant simultanément. Développons d'une manière plus précise ces trois axes expliquant la pleine conscience.

L'attention

Le processus de fixation ou de focalisation de l'attention sur un objet (le corps, la respiration, les sensations) est très important dans la pleine conscience, comme dans les autres formes de méditation en général. La pleine conscience est associée à un contrôle de l'attention et aux capacités de concentration (Brown, Ryan & Creswell, 2007).

Premièrement, cette forme d'attention soutenue se caractérise par une grande *flexibilité*, qui met en mouvement un *mécanisme de retour à l'objet attentionnel* quand la concentration est rompue (fig. 1.2 et 1.3). Ce changement permet au sujet de ramener son attention sur un stimulus tel que la respiration quand cette dernière a été perturbée par des émotions, pensées ou sensations parasitaires reconnues (Posner, 1980). Maintenir l'attention sur le souffle permet d'activer un processus d'ancrage de l'attention dans le moment présent afin que les pensées, sensations et émotions puissent être détectées lorsqu'ils apparaissent dans le courant de la conscience. Ce processus d'ancrage de l'attention sur un objet est primordial et permet aux individus de constamment revenir dans l'instant présent. Harvey, Watkins, Mansell et Shafran (2004) soutiennent que l'autofocalisation sélective de l'attention peut être identifiée à un processus transdiagnostique qui joue un rôle clé dans le maintien et l'exacerbation de certaines formes pathologiques. La pratique de la pleine conscience a pour conséquence que la focalisation de l'attention devienne adaptative (Baer, 2007).

Deuxièmement, l'attention est maintenue *dans l'instant présent, de manière vigilante et continue* (Bishop et al., 2004). Une des caractéristiques de l'esprit est sa capacité à voyager dans le temps (présent, passé et futur), ceci permet la créativité, la poursuite de but et la mise en place de mécanismes de défense. Le concept d'instant présent est très important, car il inscrit le sujet dans une forme de présent en continu, l'éloignant ainsi des ruminations du passé ou de l'avenir, qui sont à l'origine de pensées perturbantes de bon nombre de pathologies mentales. En étant concentré et sensibilisé à l'importance de se situer dans l'instant présent, le sujet met en œuvre des réponses émotionnelles plus adaptatives et mieux régulées, qui laissent moins de place au conditionnement (Dunn, Hartigan & Mikulas, 1999) et aux réponses automatiques. L'important dans la méditation de pleine conscience est de

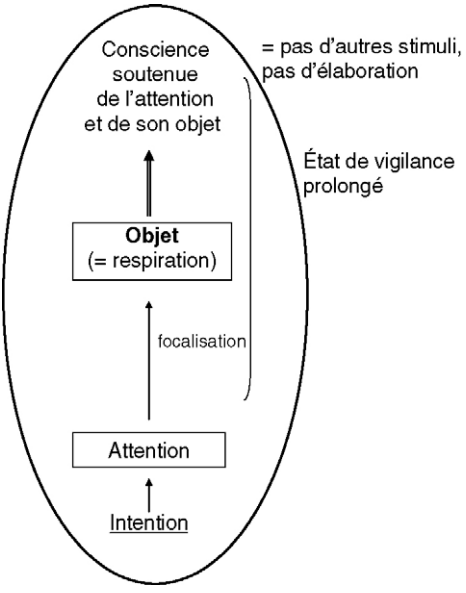


FIGURE 1.2. **Processus de focalisation de l'attention.**

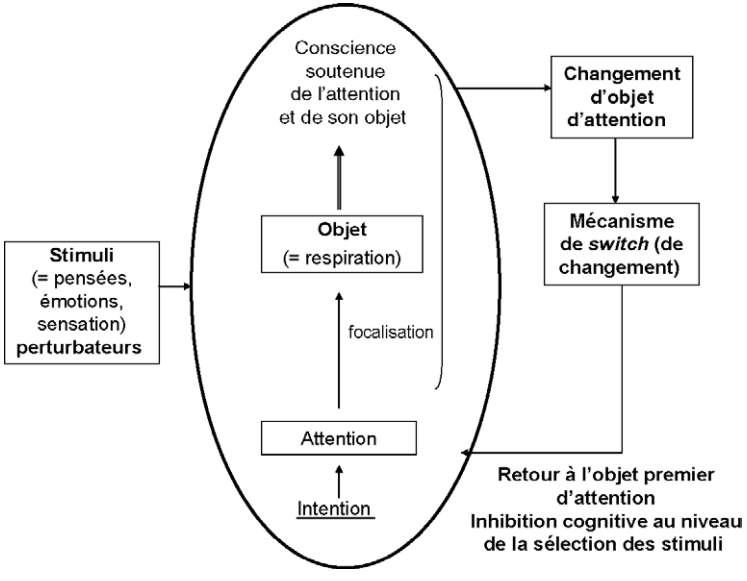


FIGURE 1.3. **Changement d'objets dans la focalisation de l'attention.**

saisir l'instant présent, et cela se fait par l'attention. La pleine conscience signifie être éveillé, ou savoir ce que l'on fait, mais quand nous commençons à nous concentrer sur nos pensées, nous repassons en pilotage automatique, nous retournons à un état de non-conscience.

Le point d'ancrage qu'il est bon d'avoir lorsque l'esprit vagabond est la concentration sur le souffle, la respiration. Nous devons nous efforcer de prendre conscience de notre respiration, ceci valorise notre état d'attention. La pratique de la pleine conscience signifie que nous nous investissons pleinement dans l'instant présent, dans le moment. Il n'y a pas de performance, juste l'instant présent.

Troisièmement, cette attention *ne doit pas entraîner un processus de conceptualisation et de discrimination*. Elle ne doit pas s'orienter dans un but et un objectif précis. Le contact direct avec la réalité qui caractérise la pleine conscience est de nature non conceptuelle, non discriminative. Pour Hayes, Strosahl et Wilson (1999), « nous ne vivons pas dans le monde, mais dans le monde comme nous le voyons, comme nous le construisons, et l'interprétons (lié à des processus et styles cognitifs) ». Le mode de pleine conscience est paraconceptuel, il ne compare pas, ne catégorise pas, n'évalue pas, ne rumine pas sur des événements ou des expériences basés sur la mémoire (Brown & Ryan, 2004). La pleine conscience concerne la non-intervention avec l'expérience, c'est une notification perceptive de ce qu'il advient dans l'instant sans jugement et conceptualisation. C'est une relation différente à la pensée. Le sujet peut développer une capacité à observer le contenu de sa conscience, afin de voir les pensées comme des pensées sans une coloration affective ou intellectuelle telles que des croyances, et autres biais. On peut parler d'un désengagement de la conscience perceptive de ses contenus cognitifs, affectifs (Brown et al. 2007). Dans ce cas, la pensée conceptuelle et discriminante peut être engagée et désengagée plus fréquemment et les comportements issus de ces pensées souffrent moins du biais lié à la charge conceptuelle et discriminante de ces pensées.

L'attitude

L'attitude du sujet, en tant que deuxième pilier de la pleine conscience, prend en compte la façon dont le sujet participe à ce processus. L'attitude que l'on a face à l'attention est essentielle.

Premièrement, cette attitude peut se caractériser par une *ouverture et une curiosité* dans un mode d'observation attentionnelle. La pleine conscience met l'accent sur cette orientation vers l'expérience qui commence avec le maintien d'une attitude de curiosité à propos de l'endroit où l'esprit se rend (le choix des stimuli) quand il y a inévitablement une défocalisation de l'attention sur un stimulus comme la respiration avec une centration sur d'autres objets mentaux (pensées,

émotions, sensations) qui surgissent. Certains auteurs parlent de curiosité cognitive (Bishop et al., 2004). Chaque stimulus doit être sujet à observation, sans que le sujet ne le suscite ou ne le fasse disparaître. Il doit juste les observer dans le flux des stimuli arrivant à la conscience.

Deuxièmement, cette observation se fait dans une *attitude de non-jugement, de non-attachement et d'acceptation* qui est la seconde caractéristique de l'attitude. Cette notion de non-jugement est très fortement liée à celle d'acceptation. On parle d'acceptation des pensées sans les juger. Cette attitude d'acceptation doit être prise à propos de chaque moment d'expérience, instant après instant. L'acceptation est définie comme un état d'ouverture à la réalité du moment (Roemer & Orsillo, 2002). Ceci implique une décision consciente d'abandon afin de permettre et d'autoriser la manifestation des sensations, émotions et pensées (Hayes et al., 1999). L'acceptation est en lien avec le fait de laisser les choses arriver, moment après moment en prenant conscience. Le terme d'acceptation est souvent renforcé dans la thérapie par le terme d'accueil sans jugement, propre aux pratiques bouddhistes dont la pleine conscience est issue. En termes comportementaux, on remarque chez les patients une plus grande équanimité[2] (Hayes et al., 2005), la non-évaluation des stimuli (des pensées) et une forme de distanciation vis-à-vis de ses pensées pour ne plus être accaparé par ses pensées, mais mettre en place une prise de distance adaptative.

Troisièmement, la pleine conscience invite le sujet à se positionner dans un état de *non-rumination mentale*. Le sujet doit se contenter de rester dans l'instant présent, et de revenir à un objet attentionnel si sa concentration est rompue par des pensées intrusives ou des émotions et sensations. On peut parler d'une forme de suspension des chemins d'interprétation de l'expérience afin de réaliser l'expérience en elle-même telle qu'elle se présente dans l'instant. C'est à ce niveau que le processus de rumination mentale intervient en venant parasiter le sujet.

La rumination mentale est un style de pensée négative récurrente dans lequel les causes, les conséquences et les implications des événements de vie négatifs (perceptions, sensations et émotions) sont analysées de manière répétitive. Cela inclut la focalisation sur des problématiques personnelles afin d'analyser et de savoir ce qui ne va pas, ce qui ne s'est pas bien passé, et ceci de manière analytique et continue. Harvey et al. (2004) classifient la

2. *L'équanimité*, appelée aussi égalité d'âme ou d'humeur, est une disposition affective de détachement et de sérénité à l'égard de toute sensation ou évocation, agréable ou désagréable. En tant que résultat d'une pratique spirituelle, ou d'un cheminement de croissance personnelle, ce détachement s'enracine et se stabilise par une acceptation de soi-même et de ses circonstances, passées ou actuelles, un lâcher-prise constant malgré les caprices de la volonté et de la réactivité personnelle, ainsi qu'une base de confiance dans le bien-fondé des données de la vie, par une intuition grandissante de leur nature réelle. Ce processus très variable peut entraîner un apaisement intime de l'esprit devant tout désir.

rumination comme un processus transdiagnostique qui se retrouve dans un bon nombre de pathologies (phobies, obsessions compulsives, désordres du sommeil, stress). Ce processus de rumination propre à l'anxiété ou à la dépression est un élément moteur de nombreuses pathologies traitées par les thérapies comportementales et cognitives où l'on tente de changer les pensées perturbantes. Par la pleine conscience, c'est la relation aux pensées qui est traitée, en ce qu'elle encourage l'observation non réactive des pensées, sans y croire ou sans y être absorbée, ce qui encourage les sujets à se désengager de la rumination mentale. Par le biais d'un processus d'ancrage sur un objet interne comme la respiration, le sujet tente, par une pratique constante et dans une optique d'apprentissage, de ne plus activer ce processus de rumination en se concentrant sur une observation des pensées pour ce qu'elles sont. Bien évidemment, cette démarche est loin d'être facile à implémenter et une étude entre le lien, le niveau de rumination *via* le RRQ (*Rumination Reflection Questionnaire*) de Trapnell et Campbell (1999) et la pleine conscience *via* la PHLMS (*Philadelphia Mindfulness Scale*) de Cardaciotto (2005) pourrait apporter une richesse d'information. Ainsi la pratique de la pleine conscience pourrait être associée à l'amélioration d'un processus d'inhibition cognitif au niveau de la sélection des stimuli. En termes de conséquences comportementales, la non-rumination entraîne une diminution des émotions négatives et des pensées intrusives, une plus grande spontanéité dans les réponses émotionnelles et l'atténuation d'une centration sur soi-même (Leary, 2004).

L'intention

Enfin, le dernier pilier de la pleine conscience mis en évidence par Shapiro concerne l'intention et par extension l'engagement dans une démarche et une pratique de santé. En effet, bien que l'on retrouve moins de recherches sur ce domaine, il est important de souligner ici son importance. Au même titre que toute approche thérapeutique, le patient doit s'engager de manière intentionnelle dans une démarche active de pratique et d'observance thérapeutique. À la différence des autres approches psychothérapeutiques, la pratique de la pleine conscience, *via* différents exercices comme la méditation assise, la marche contemplative, invite le patient à pratiquer par lui-même, ce qui peut poser un sérieux problème en face de pathologie qui empêche le patient de s'auto-motiver. Cependant, grâce au soutien du thérapeute, le patient peut s'engager dans une démarche à court et moyen terme lui permettant d'activer ses ressources internes. À la différence des deux concepts précédents qui ont donné lieu à des approches opérationnelles de la pleine conscience (Cardaciotto, 2005), le concept d'intention et d'engagement ne donne pas encore lieu à des recherches précises. Toutefois, son importance est néanmoins soulignée en termes d'observance thérapeutique dans le maintien de la pratique (Berghmans & Tarquinio, 2009).

La re-perception

Les trois axiomes (*cf.* figure 1.1) présentés par Shapiro sont en interaction constante et entraînent un changement de perspective chez l'individu qui se traduit en terme de « re-perception ». On parle de capacité métacognitive[3] dans lequel le sujet peut observer ses propres processus mentaux (Walsh & Shapiro, 2006). La méditation de pleine conscience développerait cette capacité. L'individu ne tâcherait pas d'atteindre un état non ordinaire de conscience, mais développerait son attention et son discernement à propos de ses cognitions.

À travers le processus de pleine conscience, on voit l'expérience de chaque moment, avec une grande clarté et une objectivité. On aperçoit ici le changement de perspectives apparaître, d'où le terme de re-perception en tant que processus. Au lieu d'être immergé dans le drame de notre vie personnelle, nous pouvons faire un pas en arrière et être simplement témoin. Comme le précise Goleman (1988), « la première réalisation dans la méditation de pleine conscience est que le phénomène contemplé est distinct de l'esprit, de la pensée qui le contemple ».

Le concept de re-perception est semblable à d'autres concepts comme la décentration (Safran & Segal, 1990) définie par ses auteurs comme la capacité à « faire un pas à l'extérieur d'une expérience immédiate et de ce fait changer la nature de l'expérience », ou du « détachement » défini par Bohart, Elliott, Greenberg et Watson (2002) comme une certaine prise de distance, l'adoption d'une attitude phénoménologique et l'expansion d'un espace d'attention (Martin, 1997) et enfin, à ce que Hayes et al. (1999) nomment le « désamorçage cognitif » sur lequel l'accent est mis sur le changement de la relation à la pensée au lieu d'essayer d'altérer le contenu de la pensée elle-même.

Tous ces concepts partagent l'idée d'un *changement de perspective*. Ce changement est facilité au travers de la pleine conscience par le processus intentionnel d'attention de chaque moment avec ouverture, acceptation et non-jugement. Ce processus peut être aussi décrit comme une rotation dans la conscience dans laquelle ce qui était précédemment sujet devient objet. Ce changement de perspective (faire de ce qui était sujet, objet) est d'ailleurs souligné par la psychologie du développement comme une clé du développement au travers de la vie. Si la re-perception peut être vue comme un méta-mécanisme soulignant la pleine conscience, ainsi la pratique de la pleine conscience est simplement la continuité du processus par lequel on gagne une augmentation de notre capacité à l'objectivité à propos de ces propres expériences intérieures.

3. Par capacité métacognitive, on entend le fait d'être conscient et d'avoir pris sur nos processus cognitifs. Deux composantes principales sont à distinguer : d'une part, le savoir métacognitif qui consiste à savoir ce que l'on sait et comment on apprend, et d'autre part, l'autorégulation cognitive, qui est la capacité d'agir sur ces processus cognitifs (Lafortune, Jacob & Hebert, 2000).

L'exemple d'un enfant de 3 ans qui offre à sa mère pour son anniversaire son jouet préféré à la différence d'un garçon de 8 ans qui lui offrira des fleurs, est une façon d'illustrer ce concept en pratique. À 3 ans, il y a limitation de sa perspective, il est autocentré, narcissique, le monde est subjectif, donc il ne peut différencier ses propres désirs de ceux d'un autre. Lorsqu'il grandit, il y a un changement de perspectives qui apparaît, il y a une augmentation de la capacité de prendre la perspective d'une autre personne (« les besoins de ma mère sont différents des miens ») précisément parce que ce qui était précédemment sujet (identification à la mère) est devenu un objet, avec la réalisation d'une séparation d'avec la mère, conscient de sa mère comme une personne séparée de lui-même, avec ses propres désirs et besoins. Apparaissant dans le processus de développement, la pleine conscience continue et accélère ce changement. La re-perception peut être vue comme la « marque de fabrique » de la pratique de la pleine conscience.

Au travers du processus intentionnel de focalisation de l'attention et le non-jugement des contenus de conscience, l'individu qui pratique la pleine conscience met en lumière une forme de regard sur lui-même (Deikman, 1982) en pleine conscience et de façon attentionnée et sans jugement. Dans l'optique où l'individu peut observer ses contenus de conscience, il n'est pas totalement immergé avec ces contenus (si l'individu est capable de les voir, il n'est plus complètement eux, et peut-être plus qu'eux). Si ces contenus de conscience sont, par exemple, la douleur ou la dépression, la re-perception permet au sujet de ne plus s'identifier à ses sensations corporelles ou ses émotions. Il peut simplement être avec, au lieu d'être défini, contrôlé ou conditionné par elles. Au travers de cette re-perception, l'individu peut réaliser que la douleur ou la dépression ne sont pas lui-même, que ses pensées ne sont pas lui-même. Cette possibilité est une résultante de cette capacité à percevoir en méta-perspective.

Au travers de la re-perception, le sujet n'apprend pas uniquement à faire un pas en arrière et à observer son expérience, mais il apprend aussi à faire un pas en arrière à propos de qui il est vraiment, c'est-à-dire une remise en question de lui-même qui peut l'inviter sur des voies adaptatives.

Ce mécanisme complexe de re-perception associé à l'attention, l'attitude et l'intention est également associé à des processus additionnels directs (Brown et al., 2007) :

- l'autorégulation ;
- la clarification des valeurs ;
- la flexibilité cognitive, émotionnelle et comportementale ;
- l'exposition ;
- la relaxation ;
- le lâcher-prise ou le non-agir.

L'autorégulation

C'est le processus qui sous-tend que les systèmes cognitifs maintiennent une stabilité de fonctionnement et une adaptation au changement. Il repose sur un processus de feedback (Shapiro & Schwartz, 1998). Au travers du processus de re-perception, le sujet est capable d'atteindre les informations contenues dans chaque moment de son vécu. Le sujet a accès à plus d'informations, même celles qui sont perçues précédemment comme peu confortables à examiner. Par ce processus, le sujet est moins contrôlé par des émotions particulières et des pensées qui découlent de ces émotions. Par exemple, si de l'anxiété apparaît, le sujet s'identifie à l'anxiété. Il y a une tendance à réagir de la mauvaise façon à cette problématique et par conséquent, la réguler par des comportements non sains tels que la consommation d'alcool, de tabac, ou la sur réaction. La re-perception nous permet de faire un pas en arrière par rapport à l'anxiété, la voir seulement comme un état qui apparaît et va disparaître par la suite. Ainsi cette connaissance de l'impermanence des phénomènes mentaux permet une plus haute tolérance pour des états mentaux non plaisants. Des recherches futures pourraient commencer en développant une mesure de cette re-perception et ainsi examiner le changement de perspectives qui apparaît dans la pleine conscience, et si ceci est lié au changement en termes de bien-être. Si le bien-être peut être lié à un changement de perspectives en soi ou de perceptions sur les choses, il convient d'orienter la recherche dans ce sens.

En développant la capacité de faire marche arrière et d'être témoin de nos émotions comme dans le cas de l'anxiété, nous augmentons notre degré de liberté en réponse à ces états. Au travers de la re-perception, nous ne sommes plus contrôlés par nos états mentaux comme l'anxiété mais nous sommes capables de les utiliser comme informations. Au travers de l'intention consciente, de l'attention et de l'acceptation (attitude) de l'expérience du moment présent, le sujet est plus à même d'utiliser des modes de *coping* plus adaptés et plus larges (Brown & Ryan, 2003).

On peut parler du développement d'une capacité de régulation cognitive face à certaines pathologies qui peut s'apparenter à une forme de *coping*, apprise par les patients dans un souci adaptatif. La pleine conscience atténue la distorsion émotionnelle au regard de la perception de stimuli, et encourage la non-évaluation du monde en général. Durant les phases d'évaluations primaires et secondaires, la pleine conscience diminue la tendance au catastrophisme. Dans cette optique, elle peut être conceptualisée comme un mécanisme de feedback auto-régulatif au travers duquel le processus de perception cognitif des individus est informé des perceptions discordantes, afin de calibrer ou d'adapter un comportement plus propice. On note que

dans la perspective bouddhiste, la pleine conscience est considérée comme libératrice.

La clarification des valeurs

La re-perception peut aussi amener le sujet à reconnaître ceux qui sont importants pour lui et à clarifier ses valeurs de vie. Souvent, l'individu est conditionné par des facteurs externes sans savoir ce qui est vraiment important pour lui dans sa vie, il devient la valeur au lieu d'être celui qui l'observe. Souvent, le sujet est poussé par ce qu'il croit, cependant s'il a la capacité de se séparer de ses valeurs afin de les observer, il peut redécouvrir ce qui est important pour lui. En d'autres termes, il devient capable de choisir par réflexion consciente ce qui a été adopté réflexivement ou par conditionnement. La littérature suggère souvent que les processus automatiques limitent notre considération sur des options qui seraient plus congruentes avec nos besoins et valeurs (Brown & Ryan, 2003).

La flexibilité cognitive, émotionnelle et comportementale

Le processus de re-perception entraîne aussi une adaptation et une flexibilité plus grande à notre environnement à la différence de réseau de réactivité plus rigide résultant d'une identification trop profonde à notre propre expérience. Si nous pouvons voir les situations dans lesquelles nous sommes avec une plus grande clarté, nous serons à même de répondre avec un plus grand degré de liberté, de manière moins conditionnée et moins automatique. Apprendre à voir ou percevoir les choses clairement dépend de notre capacité à ne plus s'identifier au réseau de croyances et des représentations antécédentes qui nous structurent. La re-perception facilite cette capacité à s'auto-observer mentalement à propos de nos expériences rencontrées dans la vie. Cela nous permet de répondre à une situation plus objectivement, de la voir telle qu'elle est en ce moment ou dans le moment présent et d'y répondre correctement au lieu de mettre en place des pensées, des comportements ou des émotions réactionnelles, conditionnées par des habitudes ou des expériences. On retrouve une meilleure capacité à réguler les affects et un meilleur contrôle émotionnel (Dunn et al., 2007), une diminution de la difficulté à s'engager vers des buts de vie et la mise en place de stratégies émotionnelles de contrôles (Burgoon, Berger & Waldrom, 2000).

L'exposition

Le principe d'exposition que l'on rencontre souvent dans les TCC (thérapies cognitives et comportementales) se retrouve dans la pleine conscience dans le sens où le patient est confronté à sa pathologie qui peut se caractériser par des pensées intrusives, de la souffrance ou

divers symptômes. Par des processus adaptatifs, d'acceptation et de prise de recul qui ne se positionnent pas en termes de lutte face aux symptômes, mais en termes d'accueil bienveillant, le sujet se voit confronté à une forme d'apprentissage et de gestion de son symptôme. L'individu se situe face à la réalité nue de son expérience sans pouvoir s'y soustraire, et ressentir par conséquent tout un panel d'émotions.

Par la re-perception, le sujet permet d'expérimenter des émotions fortes avec une plus grande objectivité et moins de réactivité. Cette capacité s'avère utile par rapport à nos tendances habituelles à éviter ou à dénier nos états de difficultés émotionnelles. Ce type d'expérience amène à l'extinction de nos réponses de peurs et de comportements d'évitement, de stimuli négatifs (Baer, 2003). Dans des comportements de panique, la re-perception nous permet de mieux tolérer et d'explorer une plus large gamme d'émotions et de pensées, de sensations, pouvant nous impacter positivement. Par exemple, dans les douleurs chroniques, l'exposition permet une « désensibilisation » entraînant moins de temps accordé aux réponses émotionnelles (Baer, 2003).

La relaxation

L'objectif de la pleine conscience n'est pas d'aboutir à des états de relaxation. Toutefois, les exercices utilisés dans les approches d'entraînement à la pleine conscience comme la méditation assise ou la marche contemplative peuvent générer des effets relaxants et apporter un bien-être propre au processus de relaxation. Très souvent, les patients qui suivent un programme de pleine conscience sont séduits par les effets relaxants de la pratique qui déjà apportent des effets positifs dans bon nombre de pathologies.

Le lâcher-prise et le non-agir

Le terme de lâcher-prise est devenu très familier depuis une vingtaine d'années, on le rencontre dans un nombre croissant d'ouvrages et il fait partie des conseils que les thérapeutes proposent à leur patient. Mais ce fameux lâcher-prise n'est pas si facile à mettre en place et la méditation de pleine conscience peut contribuer à expérimenter ce processus. Le lâcher-prise peut être défini comme :

> « une invitation à cesser de se cramponner aux choses, qu'il s'agisse d'une idée, d'un événement ou d'un moment particulier, d'un point de vue ou d'un désir. C'est abandonner la contrainte, la lutte et la résistance pour quelque chose de plus fort et de plus sain, issue de notre acceptation des événements tels qu'ils sont, sans les juger, sans être englué dans les désirs. C'est ouvrir la main pour relâcher quelque chose qu'on tenait serré très fort (Kabat-Zinn, 1994). »

L'individu est dépendant et souvent englué par ses désirs, il est accroché à ses cognitions (perceptions, croyances, préjugés, etc.). Le lâcher-prise sous-tend un détachement de ces cognitions, par une invitation à les observer sans action, sans les modifier, et sans jugement.

Dans la méditation, le lâcher-prise invite au non-agir. Non agir, c'est par exemple prendre le temps de méditer même pour un court instant, mais ce n'est pas rien faire. La différence réside dans la conscience et l'intention. La méditation formelle exige que nous prenions le temps de cesser toute activité formelle extérieure sans autre but que d'être pleinement présent à chaque instant sans rien faire. La méditation est synonyme de la pratique du non-agir.

Conclusion

La pleine conscience est donc un phénomène complexe et multifactoriel issu de la culture religieuse et spirituelle et examiné aujourd'hui sous l'œil de la science. Elle met en mouvement différents processus interactifs et peut être présentée comme un méta-mécanisme d'actions associées à des processus additionnels ou encore comme un processus de *coping* métacognitif qui entraîne une décentration du sujet, afin de permettre une reperception, c'est-à-dire de nouvelles évaluations des situations qui peuvent s'avérer centrales dans la gestion de nombreuses pathologies (Fresco, Segal, Buis & Kennedy, 2007). Ce cadrage conceptuel se veut évolutif et des recherches futures nous amèneront sans doute à le réexaminer à la lumière de bases empiriques qui introduisent les différentes pratiques psychothérapeutiques liées à la pleine conscience développées à ce jour.

Références

Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention : a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology : Science & Practice*, *10*(2), 125–142.

Baer, R. (2007). Mindfulness, Assessment, and Transdiagnostic Processes. *Psychological Inquiry*, *18*(4), 238–271.

Berghmans, C., Tarquinio, C., Strub, L. et al. (2009). Impact de l'approche thérapeutique de pleine conscience MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) sur la santé psychique (stress, anxiété, dépression et qualité de vie) chez des étudiants : une étude pilote contrôlée et randomisée. *Journal des Thérapies Comportementales et Cognitives*, in press.

Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, S., Anderson, N. D., Carmodi, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness : A propose operationnal definition. *Clinical Psychology : Science & Practice*, *11*, 230–241.

Bohdi, B. (2000). A comprehensive manual of Abhidhamma. Seattle : BPS Pariyatti Editions.

Bohart, A., Elliott, R., Greenberg, L., & Watson, J. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.

Brown, K., & Ryan, R. (2003). The benefits of being present : Mindfulness and its role inpsychological well being. *J Pers Soc Psychol*, *84*(4), 822–848.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness : observations from experience. *Clinical Psychology : Science & Practice*, *11*, 242–248.

Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness : theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, *18*(4), 211–237.

Burgoon, J. K., Berger, C. R., & Waldron, V. R. (2000). Mindfulness and Interpersonal Communication. *Journal of Social Issue*, *56*, 105–127.

Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E. & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance : The Philadelphia Mindfulness Scale. Assessment, *15*, 204–223.

Cardaciotto, L. (2005). *Assessing Mindfulness : The development of a bi-dimensional measure of Awareness and Acceptance. Thesis of Doctor of Philosophy : Clinical Psychology*. Drexel University.

Condillac (Abbée De). (1746). Essai sur l'origine des connaissances humaines. In G. L. Roy (Ed.), Œuvres philosophiques. Paris: PUF.

Deikman, A. J. (1982). *The Observing Self*. Boston: MA Beacon Press.

Dimidjian, S., & Linehan, M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness pratcice. *Clinical psychology : Science & Practice*, *10*, 166–171.

Dunn, B. R., Hartigan, J. A., & Mikulas, W. L. (1999). Concentration and mindfulness meditations : unique form of consciousness ? *Applied Psychophysial Biofeedback*, *24*, 147–165.

Fresco, D. M., Segal, Z. V., Buis, T., & Kennedy, S. (2007). Relationship of post-treatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression. *J Consult Clin Psychol*, *75*, 447–475.

Goleman, D. (1988). *The meditative mind : the varieties of meditative experiences*. New York: Tarcher/Putman Books.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2003). Mindfulness based stress reduction and health benefits. *A meta-analysis. J Psychosom Res*, *57*, 35–43.

Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders : A transdiagnostic approach to reaserach and treatment*. Oxford: Oxford University Press.

Hayes & al. (2005). A pratical guide to acceptance and commitment therapy, Springer, New York.

Hayes, S. C. (1994). Thérapie d'acceptation et d'engagement : émotion, contexte et action. In J. Cottraux (Ed.), *Thérapie cognitive et émotion*. Paris: Masson.

Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (2003). Mindfulness : Method and process. *Clinical Psychology : Science & Practice*, *10*(2), 161–165.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy : an experimental approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation : theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*, *4*(1), 33–47.

Kabat-Zinn, J. (1985). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of pleine conscience meditation : theoretical consideration and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*, *4*, 22–47.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastroph living*. New York: Del Publishing.
Kabat-Zinn, J. (1994). *Où tu vas, tu es*. Paris: J'ai lu.
Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness based intervention in context : Past, present, and future. *Clinical Psychology : Science & Practice*, *10*, 144–146.
Lafortune, L., Jacob, S., & Hebert, D. (2000). *Pour guider la métacognition*. Saint Foy: Presse Universitaire du Québec.
Langer, E. (1989). *Mindfulness*. Cambridge: Da Capo Press.
Langer, E. J., & Modoveanu, M. (2000). The construct of Mindfulness. *Journal of Social Issues*, *56*, 1–9.
Leary, M. R. (2004). *The cure of the self*. New York: Oxford University Press.
Linehan, M. (1993). *Cognitive behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guildford Press.
Locke, J. (1690). Essai philosophique concernant l'entendement humain. Traduit de l'anglais par M. Coste (édition de 1755, Amsterdam et Leipzig, chez J. Schreuder & P. Mortier Le jeune, repris par E. Naert, Paris : Vrin, 1972).
Marlatt, A., & Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. In W. L. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment*. Washington: American Psychological Association.
Martin, J. R. (1997). Mindfulness : A proposed common factor. *Journal of Psychotherapy Integration*, *7*(4), 291–312.
Nanamoli, B., & Bodhi, B. (1995). *The middle lenght discourses of the Buddha*. Boston: Wisdom.
Olendzki, A. (2005). The roots of mindfulness. In C. K. Guermer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford.
Posner, M. I. (1980). Orienting of attention. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, *32*, 3–25.
Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalised anxiety disorder : integrating mindfulness/accepatnce based approaches with existing cognitive behavioural models. *Clinical Psychology : Science & Practice*, *9*, 54–68.
Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
Segal, Z., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*. Bruxelles: De Boeck edition.
Shapiro, S. (2006). The meeting of meditative disciplines and western psychology, vol. 61, 227–239.
Shapiro, S., Schwartz, G., & Bonner, G. (1998). Effect of MBSR on medical and premedical student. *Journal of Behaviour Medicine*, 21(6), 581–58.
Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five factor model of personality : Distinguishing rumination from relection. *J Pers Soc Psychol*, *76*, 284–304.
Varela, F., Thompson, E., & Rosch, E. (1993). *L'inscription corporelle de l'esprit*. Paris: Seuil.
Walsh, R., & Shapiro, S. L. (2006). The meeting of meditative disciplines and western psychology : a mutually enriching dialogue. *Am Psychol*, *61*, 227–239.
Watzlawick, P. (1988). *L'invention de la réalité*. Paris: Seuil.

Chapitre 2

Méditation de pleine conscience et psychothérapies

Depuis une vingtaine d'années, la littérature au niveau des psychothérapies s'est enrichie d'un nombre important d'articles et d'ouvrages sur l'intégration de la pleine conscience dans le champ thérapeutique (Baer, 2003 ; Guermer, Siegel & Fulton, 2005 ; Hayes & Strosahl, 2004). La plupart de cette littérature est anglo-saxonne, mais on assiste depuis une dizaine d'années à l'arrivée de cette approche en France, de par la traduction d'ouvrages américains (Kabat-Zinn, 1994 ; 2009) et d'articles spécialisées (Berghmans, Strub & Tarquinio, 2008 ; Berghmans & Tarquinio, 2009 ; Cottraux, 2007). L'inclusion de la pleine conscience en psychothérapie a donné lieu à différentes méthodes pratiques d'utilisation ainsi qu'à des protocoles de recherche. Ces approches thérapeutiques peuvent être considérées comme des formes de psychothérapies complémentaires trouvant leur place au sein des alternatives psychothérapeutiques (Berghmans & Tarquinio, 2009) et s'articulant dans la troisième vague des thérapies comportementales et cognitives (Cottraux, 2007). On distingue principalement quatre types de thérapies faisant appel au concept de pleine conscience, dont les deux premières reposent exclusivement sur la pleine conscience :

- l'approche *Mindfulness Based Stress Reduction*, développée par Jon Kabat-Zinn (1982 ; 1994 ; 1990) ;
- la *Mindfulness Based Cognitive Therpy*, développée par Zindel Segal (Segal, Williams & Teasdale, 2002 ; 2006) ;
- la thérapie comportementale dialectique de Marsha Linehan (1993) ;
- la thérapie par l'acceptation et l'engagement de Steven Hayes (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

Nous allons développer, dans un premier temps, les deux premières approches en insistant plus précisément dans un chapitre suivant sur l'approche MBSR, en déclinant un protocole thérapeutique inspiré des travaux de Jon Kabat-Zinn (1990), et simplement présenter succinctement les thérapies DBT et ACT. Dans un second temps, nous mettrons

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

en évidence les recherches sur la mesure de la pleine conscience, le lien avec les thérapies comportementales et cognitives et les questions relatives à la formation aux thérapies de pleine conscience en France.

Les champs de la psycho-analyse et des psychothérapies ont souvent approché les domaines interpellant du bouddhisme et le monde des religions. Que ce soient Freud ou Jung, (Epstein, 1995) dans les débuts du mouvement psychanalytique ou Alexander (1931), Fromm et Susuki (Fromm, Suzuki & Di Martino, 1960) dans des périodes plus proches, ces domaines ont souvent inspiré certaines approchent thérapeutiques. Issue de la tradition bouddhiste, la pleine conscience, utilisée dans le cadre de la méditation, a été étudiée par de nombreux praticiens dans différents cadres de recherches et à différentes périodes. Par exemple, Ram Dass (1971) présente un mixte de bouddhisme et d'hindouisme avec une adaptation psychothérapeutique basée sur la pleine conscience, le tai-chi et le qi-gong qui sont considérés comme de la méditation en mouvement (Ospina et al., 2006) dans un esprit de pleine conscience ont également suscité de l'intérêt de la part des chercheurs (Boccio, 2004 ; Hartranft, 2003 ; Berghmans, Kretsch, Branchi, Strub & Tarquinio, 2009). Smith parle de méditation et de psychothérapies en 1975 dans un premier article phare et en 1977, l'*American Psychiatric Association* étudie de manière exploratoire les effets cliniques de la méditation de pleine conscience. Mais c'est surtout avec Jon Kabat-Zinn (1982, 1990) que la méditation de pleine conscience s'insère dans une démarche médicale, scientifique et psychothérapeutique, qui s'est développée jusqu'à ce jour.

C'est aux États-Unis que la méditation de pleine conscience a été la plus étudiée en psychologie durant ces 20 dernières années (Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2003). En France, les recherches universitaires n'en sont qu'à leur balbutiement (Berghmans & Tarquinio, 2009, Berghmans et al., 2008), mais l'application clinique se développe dans le cadre de la troisième vague des thérapies comportementales et cognitives et un nombre croissant de praticiens s'intéresse à cette approche. Dans cette optique, nous allons développer d'une manière approfondie les deux principales formes de psychothérapie basées sur la pleine conscience, les thérapies MBSR et MBCT, qui ont donné lieu à différents travaux de recherche.

Précisons d'emblée que l'approche psychothérapeutique dans laquelle nous situons la méditation de pleine conscience se réfère au cadre conceptuel large et intégratif, pouvant être critiquable, défini par Nathan (Nathan, Blanchet, Ionescu & Zajde, 1998) pour qui la psychothérapie s'apparente à « toute procédure d'influence destinée à modifier radicalement, profondément et durablement une personne, une famille ou simplement une situation, et cela à partir d'une intention thérapeutique ».

Thérapies orientées sur la pleine conscience

L'objet des psychothérapies est principalement d'alléger la souffrance du patient, souffrance qui a pour origine différentes causes (stress, anxiété, dépression, problèmes comportementaux, problèmes interpersonnels, événements de vie, etc.). Ces causes sont souvent liées à des expériences de vie passées, présentes et parfois à une difficulté de se positionner ou s'impliquer dans le futur. Les patients entrant en thérapie ont presque tous un élément commun : le fait de vouloir aller mieux et de guérir de la souffrance. Avec l'aide du psychothérapeute, le patient est souvent confronté à son expérience traumatisante qu'il doit dans certains cas dépasser en se rendant compte que cette expérience ne peut généralement pas être évitée et qu'il doit s'y soustraire et l'affronter. Certaines psychothérapies essaient de supprimer la souffrance, d'autres tentent d'armer le patient pour faire face au mieux à cette souffrance et certaines essaient de changer la relation que le patient entretient avec sa souffrance. C'est dans cette optique que la pleine conscience se situe, en tant que capacité, ou moyen d'être moins réactif par rapport à ce qui arrive dans l'instant présent. Être pleinement conscient, c'est d'une certaine façon se réveiller et reconnaître ce qui arrive dans l'instant afin d'y faire face. Souvent, l'individu est pris par des pensées, des opinions ou des émotions qui entraînent de la distraction. C'est ce que le terme *mindlessness* qualifie tels le fait de s'engager dans des activités sans y être attentif ou présent, le fait de ne pas être conscient ou de ne pas arriver à noter des inconforts physiques ou mentaux, ou simplement le fait de se trouver préoccupé par le futur ou le passé et ne pas vivre le présent et par conséquent, passer à côté des choses simples, mais riches de la vie.

La pleine conscience est le contraire de cela. De nombreux patients en psychothérapie sont préoccupés ou souffrent du poids des événements passés ou futurs. Dans la dépression, par exemple, le patient est pris dans des cycles de rumination et ressent des regrets, de la tristesse ou de la culpabilité. Ces boucles de pensées négatives introduisent les patients à une forme de conditionnement mental générant de la souffrance. La pleine conscience peut aider à faire un pas hors de ce conditionnement afin de voir les choses différemment, de changer la relation aux choses et d'ouvrir de nouvelles perspectives adaptatives. Plutôt que de voir le monde par le prisme du conditionnement de nos désirs, de nos aversions et de nos représentations culturelles, la pleine conscience invite le patient à voir la réalité telle qu'elle est, et à voir les pensées telles qu'elles sont, sans l'aveuglement et l'emprisonnement idéologique et culturel dans lesquels nous nous situons. Pour cela, la pleine conscience doit être vécue. Elle doit être pratiquée régulièrement et avec assiduité par le patient comme par le thérapeute. Bien sûr, elle peut être

pratiquée à des degrés variables et à différentes intensités. On peut parler d'un continuum de pleine conscience (Guermer et al., 2005) entre deux opposés, des moments de pleine conscience informelle (marcher, se doucher en pleine conscience) et une pleine conscience totale, formelle et plus fréquente, dans laquelle le patient s'inscrit en termes de démarche de vie ou d'observance thérapeutique.

Psychothérapies exclusivement basées sur la pleine conscience

Mindfulness Based Stress Reduction

L'approche MBSR (Kabat-Zinn, 1982 ; 1990) a été originairement développée dans le contexte de la médecine comportementale pour des patients souffrant de douleurs chroniques et de problématiques de stress. Jon Kabat-Zinn (1982) a développé cette approche thérapeutique en combinant des exercices de hatha yoga et la pratique de la méditation de pleine conscience issue de la tradition bouddhiste Vipassana. Il s'agit d'une formation pratique et intensive de différents exercices, durant 8 semaines, à raison de 2 heures et demie par semaines en groupe de 15 à 20 personnes avec un instructeur et des travaux pratiques à effectuer en dehors de ces sessions. À cela, un séminaire d'une journée peut être rajouté, ainsi que des sessions additionnelles. La pratique méditative à l'extérieur des séances collectives est extrêmement importante dans la réussite du traitement et les patients sont encouragés à pratiquer le plus possible de manière formelle et informelle. Classiquement, les participants aux sessions MBSR se caractérisent par une large variété de symptômes physiques ou psychiques. On constate également que des sessions spécifiques peuvent s'articuler sur des pathologies particulières comme la dépression, l'anxiété ou des problématiques cancéreuses notamment dans la gestion de la douleur et dans la relation entretenue avec la maladie (Carlson, Speca, Patel & Goodey, 2003 ; Tacon, Caldera & Ronaghan, 2004). La plupart des programmes MBSR commencent avec une phase d'explication individuelle ou en groupe dans laquelle l'instructeur explique la méthode, son principe, son fonctionnement, ses résultats. Par ailleurs, cette séance introductive insiste sur l'importance de la pratique en dehors des sessions formelles (en général, entre 20 à 40 minutes par jour).

Avant le déroulement de la première séance, l'instructeur procède à l'évaluation de l'adhésion et de l'engagement au programme par les participants, leur implication étant fondamentale. Il est à noter que la méthode n'est pas sélective en fonction de la motivation des patients. De nombreux programmes invitent ces derniers à un suivi après les formations afin de parler de leur vécu et de leurs objectifs futurs en lien avec la gestion de leur problématique. Le programme MBSR utilise un

certain nombre d'exercices que nous allons développer ainsi que des informations didactiques sur le stress au niveau physiologique et comportemental. Nous n'allons pas exposer dans ce chapitre un protocole MBSR, mais simplement souligner les principaux exercices utilisés.

Exercice « du raisin »

Une séance MBSR commence généralement après que le groupe et le formateur se sont présentés par un exercice mettant en évidence le processus de pensée automatique comme le montre l'exercice dit du raisin[1]. Il s'agit d'inviter les participants à simplement regarder un raisin sec (ou tout autre objet) avec intérêt et curiosité comme s'ils n'avaient jamais vu un objet de la sorte auparavant. Ils sont guidés au travers d'un processus lent d'observation par tous les sens possibles de tous les aspects de cet objet. Tout d'abord, le sujet examine visuellement le raisin en termes de texture par l'intermédiaire du toucher, pour le sentir et le goûter et prendre conscience de son mouvement dans la bouche et de toutes les émotions suscitées par cet exercice afin de les noter mentalement. Ces émotions ou sensations qui apparaissent doivent être acceptées sans jugement pour ensuite refocaliser son attention sur l'objet. L'exercice du raisin fournit une opportunité de s'engager en pleine conscience dans une activité qui souvent est faite sur un mode de pilotage automatique ou tout simplement sans conscience attentive et claire, comme l'action de manger. De nombreux participants témoignent de la différence de manger en pleine conscience par rapport à leurs activités quotidiennes de nutrition où bien souvent la pensée s'égare en dehors de l'activité première de sustentation dans laquelle la nourriture, dans sa diversité et sa spécificité, ne parvient pas à la conscience. Ces commentaires illustrent le point de vue selon lequel faire attention à des activités qui sont normalement faites en mode de pilotage automatique peut changer la nature même de l'expérience. Par extension, accroître la conscience de l'expérience peut augmenter la liberté de faire des choix à propos de ce que l'on doit faire dans différentes situations. Les participants sont ensuite encouragés à manger le plus souvent en pleine conscience, c'est-à-dire d'une manière attentive et vigilante.

Balayage corporel

Le deuxième exercice s'intitule le *body scan* ou balayage corporel, dans lequel les participants sont invités après s'être allongés confortablement à focaliser leur attention séquentiellement sur différentes parties de leur corps en commençant généralement par une extrémité du corps (pieds, mains) et en scannant (visualisation mentale vigilante et orientée)

1. Précisons que l'exercice du raisin est historiquement et premièrement utilisé dans la thérapie du MBCT, mais qu'il trouve aussi sa place dans l'approche MBSR, dans une optique d'adaptation de l'approche.

toutes les parties du corps. Les sujets sont invités à noter les sensations présentes avec ouverture et curiosité ou tout simplement noter l'absence de sensations. Ce n'est pas un exercice de relaxation, même si des effets relaxants peuvent se manifester dans la mesure où l'on ne demande pas au patient de se relaxer. Si certaines parties du corps sont tendues ou sous l'emprise de douleurs, le patient ne doit pas chercher à supprimer cette tension mais simplement à en prendre conscience sans émettre de jugement et sans entrer dans un mode de pensée par élaboration ou association sur l'origine de ce stimulus. Par la suite, le patient doit refocaliser son attention sur le corps.

Cet exercice fournit une opportunité de pratiquer deux « capacités » ou processus qui se manifestent dans la pleine conscience et qui sont, d'une part, l'autorégulation de l'attention, par la focalisation délibérée ou intentionnelle de l'attention sur le corps et le changement de l'attention sur le corps, si l'esprit est pris par des pensées ruminatives, et d'autre part, l'orientation vers l'expérience qui souligne l'ouverture, la curiosité et l'acceptation sans jugement de l'expérience. Des commentaires du vécu des patients peuvent être ensuite discutés en groupe avec le formateur en soulignant toujours qu'il n'y a pas une bonne façon de faire cet exercice, mais que l'important est de le faire et de noter ce qui se passe en termes de sensations, émotions ou pensées.

Méditation

Le troisième exercice est plus centré sur la méditation en tant que telle. On parle de méditation assise dans laquelle le patient focalise son attention sur les mouvements de sa respiration en observant ses états mentaux. Très souvent, son esprit décroche de cette attention soutenue et des pensées « parasitaires » se manifestent. À ce moment, il est invité à refocaliser son attention sur la respiration. Des sensations physiques liées au corps peuvent aussi accaparer l'attention du sujet. Il doit noter sans jugement ses sensations avec acceptation sans entrer dans un processus cognitif d'explication ou de discernement. Cet exercice inclut également une période d'écoute consciente des sons et de l'environnement autour du sujet sans jugement ou analyse, mais seulement en les observant. Souvent l'esprit se focalise ensuite sur des pensées ou des émotions. À ce moment, l'idée est de les observer et de noter les sensations ou les pensées associées sans s'y accrocher dans la mesure du possible, sachant que la difficulté est grande. L'objectif n'est pas de réussir cet exercice mais uniquement de le pratiquer.

Postures de yoga

Un quatrième type d'exercice est relatif aux postures de Hatha Yoga qui sont également utilisées pour cultiver la conscience du corps (en mouvement ou en maintenant une position statique). Les postures sont

faites de manière lente et progressive afin de les accompagner de façon très attentive et consciente dans le but d'encourager l'éveil des sensations du corps. Ainsi, les exercices du yoga fournissent une opportunité de pratiquer l'observation corporelle sans jugement et également de développer une plus grande conscience du corps afin de l'accepter tel qu'il se présente. Enfin, il est possible de pratiquer la méditation en mouvement par l'intermédiaire de la marche permettant aussi de faire évoluer une conscience corporelle et de saisir le processus de la marche tel qu'il se présente instant après instant. Jon Kabat-Zinn a utilisé le yoga des postures dans son approche de la réduction du stress en pleine conscience, mais d'autres pratiques comme le tai-chi-chuan ou le qi-gong (Berghmans & Tarquinio, 2009) peuvent également être utilisées car elles mettent aussi en avant l'utilisation d'exercices corporels lents et souples pouvant s'effectuer en pleine conscience.

Échanges collectifs

Enfin, après chaque type d'exercices, le thérapeute invite les participants à un échange de groupe sur la pratique effectuée collectivement et sur les expériences individuelles ressenties. Cette phase est très importante car elle permet de tisser des connexions entre les participants et de créer un système de référence commun sur la pratique. Cette approche collective d'échange entre les individus d'un groupe thérapeutique se retrouve dans différentes formes de psychothérapies de groupe, toutefois, dans l'expérience de la pleine conscience qui souvent est nouvelle chez les participants, ce travail en commun a une valeur de lien permettant de créer un échange sur des expériences atypiques et par la suite d'aborder des modes de *coping* face à différentes pathologies.

Contexte d'utilisation

L'approche thérapeutique MBSR principalement utilisée dans la gestion du stress et la diminution de la douleur chronique peut également être employée dans d'autres types de pathologies (Baer, 2003) comme des clés d'entrée en termes de recouvrement de la santé ou de soin de la maladie.

Cependant, cette pratique peut être ajustée et retravaillée d'une manière plus spécifique à certaines pathologies. C'est dans cette optique que se situent les travaux de Segal et al. (2002), au niveau de la dépression dans la déclinaison de l'approche thérapeutique MBCT.

Mindfulness Based Cognitive Therapy

La MBCT développée par Segal et al. (2002) repose très largement sur la pratique MBSR et utilise presque tous ses composantes et exercices. Sa spécificité réside dans le fait qu'elle incorpore des éléments des thérapies comportementales et cognitives. Elle a surtout été développée pour

la prévention de patients dépressifs en termes d'évitement de la seconde rechute dépressive. C'est un programme qui se déroule également en 8 séances de deux heures et demie environ, sur une durée de 8 semaines, à raison d'une séance par semaine, permettant ainsi aux participants de pratiquer entre les sessions. Un séminaire d'une journée peut également être ajouté, ainsi que des sessions additionnelles, si nécessaires. Examinons dans un premier temps, en se basant principalement sur l'ouvrage de Segal et al. (2006) vers lequel nous renvoyons le lecteur, les objectifs, la structure et les principaux thèmes de ce programme en mentionnant les différentes phases de son déroulement.

En premier lieu, un entretien d'évaluation d'une durée d'environ une heure est nécessaire au début de la démarche avec chaque candidat en se basant sur le matériel envoyé aux participants avant leur arrivée, qui sert de présentation du programme et de point de départ au dialogue entre l'instructeur et le participant. Le but de cette entrevue est de connaître les facteurs associés au trouble pour lequel cette thérapie peut les aider, d'expliquer le *background* de la MBCT, d'explorer avec chaque participant en quoi elle pourrait l'aider, d'insister sur le fait que la MBCT nécessite de travailler avec persévérance et beaucoup de patience durant 8 semaines de pratique et enfin de déterminer si la personne va en profiter à ce moment (si elle est dans un état d'esprit suffisamment réceptif à la démarche). La taille classique des sessions est de 15 participants. Adapter la méthode à des cas individuels au même titre que la pratique MBSR est également possible. Les objectifs de ce programme sont les suivants :

- aider les gens souffrant de troubles comme la dépression à apprendre des techniques utiles de réduction de ce trouble et d'évitement de rechutes ;
- devenir plus conscient des sensations corporelles, des sentiments et des pensées, moment après moment ;
- aider les participants à développer une façon différente d'être en lien avec les sensations, les pensées et les sentiments et de manière plus précise, développer l'acceptation et la reconnaissance pleinement consciente des sentiments et des pensées non souhaités, de préférence aux habitudes automatiques et préprogrammées qui ont tendance à maintenir les troubles et les difficultés ;
- aider les participants à être capable de choisir la réponse la plus adéquate à toutes les pensées, les sentiments ou les situations désagréables qu'ils rencontrent dans leur vie.

Se déroulant sur 8 séances, le fait d'apprendre à faire attention de manière vigilante et continue est au centre des 4 premières séances. Les participants deviennent tout d'abord conscients du peu d'attention qu'ils accordent à leur vie quotidienne. Dans un second temps, ils apprennent à devenir conscient de la vitesse à laquelle l'esprit saute d'un

sujet à un autre, et enfin ils apprennent comment ramener leur esprit à un point central lorsque celui-ci vagabonde. Ces éléments sont similaires à la pratique de la MBSR dans les enseignements du *body scan* et de la respiration. Pour finir, les participants apprennent à devenir conscients de la manière dont ce vagabondage de l'esprit ouvre la porte aux sentiments ainsi qu'aux pensées négatives. Dès le moment où une personne est devenue consciente de ces aspects, elle pourra utiliser cette pratique pour remarquer ses changements d'humeur, afin de les prendre en main dans l'instant ou plus tard, ce qui introduit la seconde phase de la MBCT par l'intermédiaire des séances 5 à 8. Quand une pensée ou un sentiment négatif surgit, les instructions insistent pour leur permettre d'être tout simplement là, dans l'instant, avant de bouger pour y répondre adéquatement en utilisant des stratégies spécifiques.

Tout d'abord, les participants apprennent à devenir pleinement conscients de la pensée ou du sentiment, puis, l'ayant reconnu, ils apprennent à déplacer leur attention vers leur respiration pendant une à deux minutes avant de l'étendre à leur corps dans sa globalité. Ils prennent en fait un « espace de respiration » de quelques minutes, qui peut parfois suffire à traiter les difficultés du moment, à dissoudre la pensée ou le sentiment déplaisant. C'est une première étape dans la gestion des difficultés. Ensuite, les participants peuvent choisir comment répondre au mieux en décidant soit d'y répondre d'une façon directe (immédiatement ou plus tard) en la voyant comme une pensée ou un sentiment seulement et en la regardant passer, soit de s'en occuper en notant quelle partie du corps est affectée et en y ramenant la conscience en utilisant le souffle pour s'ouvrir à la sensation et pour s'adoucir plutôt que de se tendre et se durcir. Au final, les participants sont encouragés à devenir plus conscients de leurs propres signes personnels d'avertissements d'un trouble comme une dépression imminente et à développer des plans d'action spécifiques pour le moment où cela pourrait se produire.

Les principaux thèmes explorés dans cette technique sont :

- l'exploration de l'évitement de l'établissement et de la consolidation de schémas de pensées négatives (le but ici n'est pas de maintenir les états d'esprit négatifs hors de l'esprit à tout prix, mais de prévenir leur installation) ;
- l'identification des facteurs d'activation des vieilles habitudes de pensées. Les patterns de pensées négatives reposent sur de vieilles habitudes cognitives automatiquement bien rodées (souvent ruminatives). Elles sont motivées (bien qu'inefficaces) par le but d'éviter la dépression ou des situations de vie problématiques. Ces habitudes persistent parce que la personne reste dans un mode cognitif caractérisé par plusieurs éléments comme le pilotage automatique actionné par un souhait puissant de se débarrasser de cette humeur négative et un fort attachement

au but de se sentir heureux, le contrôle et la comparaison constante de l'état actuel par rapport à l'état désiré, la confiance dans les techniques verbales de résolution de problèmes ;
• le développement d'une compétence de base qui consiste à pouvoir quitter et rester hors de ces routines cognitives qui s'auto-alimentent. Le message fondamental étant « soyez conscient et laissez aller », ce qui signifie arrêter de s'impliquer dans ces habitudes, se libérer de l'attachement/aversion qui actionne les schémas de pensées (ce sont les tentatives continuelles d'échapper ou d'éviter le malheur, ou d'atteindre le bonheur qui font tourner les cycles négatifs, le but du programme étant la liberté par le bonheur et la relaxation) ;
• le développement de l'apprentissage par l'expérience ;
• le développement de la responsabilisation des participants qui doivent pratiquer par eux-mêmes régulièrement en développant leurs expériences personnelles.

Le thérapeute doit également :
• développer ou demander un *feedback* systématique après chaque séance qui doit être un instrument important d'enseignement ;
• utiliser des questions ouvertes et encourager l'expression de doutes, de difficultés et de réserves ;
• souligner le point d'enseignement essentiel qui se trouve de manière implicite ou explicite dans le *feedback* des participants ;
• noter au départ si le travail personnel se fait régulièrement et d'une manière correcte ;
• encourager une intentionnalité claire chez les participants ;
• les aider à relier une pratique à une vision qui a de la valeur à leurs yeux ;
• garder l'équilibre entre les instructions de « laisser-aller », les attentes (démotivantes si excessives) et la volonté de croire que des changements importants peuvent résulter de cette pratique, et encourager la curiosité comme mode d'investigation de l'expérience, même si celle-ci paraît ennuyeuse et négative.

Soulignons également les éléments importants d'apprentissage qui interviennent lors de l'approche MBCT et qui mettent en évidence les processus fondamentaux de la pleine conscience :
• la concentration, qui est primordiale dans cette pratique et qui met en évidence une capacité à déployer et à maintenir son attention sur un point particulier de manière focalisée, non dispersée et non fragmentée ;
• la conscience des pensées, des émotions, des sentiments et des sensations corporelles ;
• le fait d'être dans l'instant présent, situation pouvant être valorisée par le thérapeute travaillant dans un mode « moment par moment » et en ne prenant pas les devants (en ne donnant pas d'instructions à l'avance, avant que les participants puissent les utiliser pratiquement) ;

- le fait d'entrer dans un processus cognitif de décentration ;
- s'autoriser à accepter, ne pas s'attacher et développer une conscience bienveillante. La motivation qui nourrit les habitudes cognitives automatiques est sous une forme ou l'autre de l'aversion ou du désir. Pour cette raison, l'acceptation de ce qui est court-circuite le pouvoir qui actionne ces habitudes. L'acceptation et la conscience nous permettent également de voir la mauvaise chose ou la bonne chose dans une perspective plus large si bien que nous sommes plus à même de répondre à une situation dans sa totalité plutôt que de laisser un fragment de celle-ci gérer la situation ;
- laisser aller et lâcher prise ;
- se positionner dans un mode d'« être » plutôt que de « faire », sans une recherche de but, ou d'état particulier (de relaxation, de bonheur ou de paix) à réaliser ;
- développer la prise de conscience de la manifestation d'un problème ou d'une pathologie dans le corps.

> « Notre analyse suggère que ceci n'apportera qu'un apaisement temporaire, sauf si les gens sont capables d'utiliser ce répit pour trouver des moyens de stimuler leur propre bien-être en prenant soin d'eux-mêmes, et en se reliant autrement à leurs problèmes. Tant les données de recherche que notre expérience clinique nous suggèrent que ce n'est que lorsque les gens apprennent à se positionner différemment par rapport au champ de bataille de leurs pensées et de leurs sentiments qu'ils seront capables par la suite de repérer toutes les situations difficiles et d'y faire face avec habilité. Prendre cette position différente implique d'essayer un mode d'esprit différent de celui que nous utilisons habituellement et auquel de nombreuses thérapies recourent également. Cela implique de remplacer l'ancien mode de résolution de problème par un nouveau mode permettant aux choses d'être seulement comme elles sont, afin de voir plus clairement comment y répondre au mieux (Segal et al., 2006). »

La formation de base MBCT constituée des 8 séances cherche à faire ressortir cette manière différente d'être en relation avec l'expérience. Les 8 séances proposées par Segal et al. (2006) sont les suivantes :

- séance 1 : le pilotage automatique ;
- séance 2 : gérer les obstacles ;
- séance 3 : avoir conscience de la respiration ;
- séance 4 : rester présent ;
- séance 5 : permettre/lâcher prise ;
- séance 6 : les pensées ne sont pas des faits ;
- séance 7 : comment prendre soin de moi au mieux ?
- séance 8 : utiliser ce qui a été appris pour gérer les humeurs futures.

Nous allons commenter rapidement ces séances et renvoyer le lecteur à l'ouvrage de Segal et al., 2006, pour de plus amples informations théoriques et pédagogiques.

Séance 1 : le pilotage automatique

Dans le mode cognitif que l'on qualifie de pilotage automatique, l'individu se conduit mécaniquement sans être vraiment conscient de ce qui se passe au niveau de ses pensées et de son processus de réflexion, comme le fait de lire une page d'un livre sans rien retenir, ou arriver à une destination sans avoir eu conscience du chemin parcouru. Dans ce mode, le corps fait une chose, alors que le mental en fait une autre.

> « Dans le cadre de la dépression, cet état d'esprit est problématique, car des éléments de pensées négatives auront moins de chances d'être remarqués, et sans contrôle, elles peuvent fusionner en schémas qui mènent à des sentiments plus forts de tristesse ou de dépression (Segal et al., 2006). »

La pleine conscience se manifeste quand l'individu reconnaît la tendance à être en pilotage automatique et qu'il s'engage de manière intentionnelle à en sortir pour devenir conscient de chaque moment vécu. L'exercice du *body scan* qui consiste à orienter son attention dans différentes parties du corps souligne la difficulté de rester dans l'instant présent, et de maintenir une concentration sans que des pensées parasites viennent troubler le processus. La pratique de la pleine conscience consiste donc à devenir plus conscient de ses patterns de pensées, pour pouvoir apprendre à y faire attention volontairement, avec conscience.

> « Dans le cadre de la dépression, il est important pour la prévention des rechutes d'enseigner aux gens de reconnaître les moments où leur esprit est en pilotage automatique afin qu'ils apprennent à faire glisser leur conscience vers un état de pensée différent (Segal et al., 2006). »

C'est dans cette optique que l'exercice du raisin est utilisé afin de prendre conscience de l'acte automatique de manger, rarement effectué en pleine conscience et illustrant le degré de non-conscience dans lequel l'individu se situe, ainsi que des changements potentiels pouvant opérer quand le sujet mange plus lentement en se focalisant sur la nourriture. Par cet exercice, la conscience du moment présent est introduite.

L'objectif est par la suite d'apporter de la conscience dans les événements et les actions de la vie de tous les jours afin d'être conscient de ce qui se passe et de pouvoir ultérieurement changer la nature de l'expérience.

Après cet exercice, l'individu se rend compte qu'il n'est pas souvent conscient de ce qui se passe durant une bonne partie de son temps. En

y mettant de la conscience, il peut mettre en lumière des aspects positifs ou négatifs de la vie qui autrement passeraient inaperçus.

Cet exercice illustre d'une part le fait que l'individu fonctionne souvent dans un mode automatique sans se rendre compte où se situe son mental, dans le passé ou le futur, mais pas dans l'instant présent, et d'autre part, il montre à quel point le fait de faire attention d'une manière particulière (délibérément et sans jugement) peut changer la nature de l'expérience vécue. En faisant juste attention, le sujet peut s'éveiller du mode pilotage automatique afin d'entrer en contact avec l'instant présent. Les sujets sont capables par cette expérience pratique de réaliser cette pleine conscience des choses par eux-mêmes durant leur expérience et sans aide extérieure.

Enfin, des pensées parasites peuvent émerger dans ces exercices qui mettent en lumière la pathologie ou différentes problématiques ou perturbations, et risquent de rendre la tâche difficile. Ces réactions faisant partie de l'individu vont apparaître de toute façon, mais le sujet peut traiter cette information d'une manière différente, ce qui peut instaurer une réaction différente à soi-même et une relation nouvelle aux pensées pouvant avoir une vertu adaptative.

Séance 2 : gérer les obstacles

La deuxième séance est introduite par des *feedbacks* positifs ou négatifs des participants au regard de leur pratique personnelle à domicile en lien avec la première séance. Cet échange de groupe permet de mettre en place un réseau de partage d'expérience qui constituera un socle sur lequel les participants pourront s'appuyer en termes d'auto-observation de leur mental au regard de la pathologie traitée.

L'exercice du *body scan* apparaît dans cette seconde séance afin de permettre aux participants de changer de mode mental et de passer par sensibilisation successive à un mode « être », plutôt qu'un mode « faire » et commencer par une pratique visant à aider les participants à se focaliser sur le moment présent.

Cet exercice du *body scan* permet quant à lui de se familiariser avec une conscience soutenue des sensations physiques, voire des émotions. Un des objectifs de cet exercice est d'amener une conscience détaillée vers chaque endroit du corps en apprenant à maintenir une attention soutenue vers un endroit particulier durant un temps déterminé, ce qui permet de développer des compétences d'attention soutenue, de concentration afin d'aiguiser une souplesse d'attention et de favoriser un état de relaxation. L'intérêt d'utiliser le corps comme objet d'attention est d'amener de la conscience dans des manifestations de l'émotion en tant que sensations physiques ressenties dans le corps. Cela peut entraîner un glissement du centre de gravité de l'attention du mental vers le corps en développant une conscience corporelle qui peut ouvrir la possibilité

de manifester l'émotion par la perspective du corps. Le *body scan* est donc un exercice où le sujet déplace son attention volontairement dans le corps et découvre ce qui se passe quand il le fait.

Précisons qu'il n'y a pas de succès ou d'échec dans ces exercices, ni de notions de performance ou de réussite, l'important étant de s'autoriser et d'essayer de faire l'exercice sans jugement, ni attente, mais avec un réel lâcher-prise.

Dans cet exercice, la concentration sur le corps commence à mettre en lumière l'incessant « bavardage » du mental et sa tendance à vagabonder, ainsi que la façon dont il tend à contrôler les réactions individuelles face aux événements et à amener l'individu dans des schémas de pensées automatiques. Le processus de rumination peut se manifester au cours de cette pratique en soulignant sa force et son influence sur l'individu et par conséquent, son pouvoir.

Le vagabondage mental peut être lié à toutes sortes de causes (la problématique traitée, une certaine déception quant à la pratique de la pleine conscience, une impatience à voir des résultats, etc.) qui interrogent le sujet sur la manière de se dégager de ce vagabondage mental, autrement dit, que faire lorsque le mental vagabonde, empêchant une concentration et une attention soutenue sur la pratique de l'exercice. Très souvent, le vagabondage mental ou l'errance de l'esprit sont considérés comme une faute par le patient, alors que le propre de l'esprit ou du mental est de « vagabonder » sans que le sujet puisse, ou avec beaucoup de difficulté, l'en empêcher. Ce n'est pas la suppression du vagabondage qui importe, car il y aura toujours des pensées vagabondes même chez des pratiquants chevronnés de cette démarche. La nature de l'esprit ou du mental est de bouger, de se situer dans un mouvement perpétuel. Il est important de voir quelle est la manière dont l'individu est en relation avec ce vagabondage. L'errance de l'esprit est inévitable, le sujet doit juste noter cette errance et se refocaliser sur l'instant présent, *via* la respiration, sachant que ce processus de recommencement est éternel dans la pleine conscience, c'est le cœur même de cette pratique.

> « Dans le cadre du ressenti de la douleur, lors de cet exercice, le mental peut rapidement vagabonder par association aux causes de cette douleur et faire des liens avec des événements de vie perturbants (problématiques de couples, manques…). Un monologue intérieur se crée qui va empêcher la pratique et faire apparaître des sentiments négatifs et des doutes sur la capacité de bien faire cette pratique (Segal et al., 2006). »

Un des éléments clés de la pleine conscience est de pouvoir se dégager des vieilles habitudes du mental. Le *body scan* permet d'aller dans ce sens et peut être vu comme une pratique qui maintient l'expérience

du moment dans le champ de la conscience. Toutefois, cette pratique nécessite une décision délibérée d'amener le mental dans une partie du corps, puis de le retirer, *via* un effort de concentration et d'intention.

Cette pratique se heurte souvent à des difficultés de tout ordre (fatigue, sommeil, ennui, douleur, irritabilité, etc.). Noter ces manifestations et se recentrer sur le corps ou le souffle est un moyen d'aller de l'avant en relevant toutes les manifestations et en reconnaissant les flux du mental en activation. L'objectif est donc plus d'émettre des suggestions et de noter ce qui se passe dans une optique de recherche et d'ouverture sans jugement, sans se fixer des buts, mais en s'engageant dans une pratique quotidienne. L'objectif de l'individu est de cultiver la conscience du moment présent, le fait de porter l'attention sur ce qui se passe. Le *body scan* cherche plus à trouver un moyen de rétablir un contact avec le corps, indépendamment des expériences positives ou négatives qui émergent. L'erreur serait de rechercher le *body scan* pour ses effets positifs de détente et ses bénéfices en s'empêchant ainsi d'être en présence et de reconnaître un nombre plus vaste de réactions qui peut se révéler par cette pratique.

En termes de régulations émotionnelles, l'interprétation que l'on fait des événements de vie détermine largement l'humeur. En invitant les participants à être conscients de ce qui se passe dans leur mental (pensées, sentiments ou sensations corporelles), ils peuvent ainsi décrire ces sentiments et sensations ainsi que les pensées et les images qui sont venues à l'esprit. L'idée est d'étudier l'impact de notre interprétation des événements sur nos réactions émotionnelles. Les émotions sont ici une conséquence d'une situation additionnée d'une interprétation générant des sentiments, sans être conscient des pensées qui relient la situation à l'interprétation. En amenant ces pensées à la conscience, le sujet a plus de possibilités pour ne pas être emporté par la cascade de ses émotions et développer ainsi un contrôle adaptatif.

La fin de cette deuxième séance entraîne le sujet vers une capacité à focaliser son attention sur un seul point *via* la respiration, et à faire ainsi attention aux sensations physiques de la respiration, afin d'être pleinement conscient de début à la fin de chaque inspiration et de chaque expiration. Des préoccupations et du « bavardage » mental perturbant vont nécessairement apparaître, mais la tâche du sujet est de ramener constamment l'attention à la respiration dans l'instant présent, ceci dans une perspective d'apprentissage et d'utilisation consciente différente de l'attention.

Séance 3 : conscience de la respiration

> « L'approche de la pleine conscience n'est pas uniquement une autre technique de résolution de problème, mais une manière

> d'être avec les problèmes qui permet à la personne de lâcher le besoin de les résoudre immédiatement. (…) La pratique de la pleine conscience implique d'essayer le mode " être ", dans lequel nous sommes invités à abandonner nos tentatives habituelles d'atteindre des buts (Segal et al., 2006). »

En développant la conscience de la respiration qui est utilisée par le sujet comme une ancre pour rester connecté avec l'instant présent dans le cadre de la méditation assise ou du *body scan*, le sujet reste ouvert à l'expérience de cet instant en développant sa concentration et son observation de ses états internes. Le souffle prend naissance et se situe dans l'instant présent et permet de ne pas être en lien avec le passé ou le futur, dans lesquels les ruminations mentales engagent le sujet. Le souffle est toujours présent, et peut toujours être utilisé par le sujet pour ramener son attention dans l'instant présent.

Les pensées ruminatives utilisent un espace mental et le remplissent entièrement par des pensées intrusives liées à différentes problématiques. L'acte de rendre intentionnellement le souffle conscient permet d'utiliser cet espace mental rempli par les pensées ruminatives. C'est un focus alternatif aux ruminations qui nécessite d'y prêter attention, dans une optique de cible mouvante qui oblige le sujet à la concentration et au maintien de l'attention. L'attention au souffle implique de s'atteler à quelque chose qui est à l'opposé de l'orientation vers un but ou un objectif. La respiration fait son travail tout simplement et l'attitude envers le souffle incarne une attitude plus générale envers soi-même et le monde, à savoir que dans la vie émotionnelle, l'attention à ce qui est simple peut être plus efficace et plus adaptative que l'analyse du complexe. Par conséquent, le simple fait d'enregistrer le vagabondage du mental et de noter où il est allé et de revenir à la respiration, implique un processus d'évaluation métacognitif en développant une compétence de décentration qui est nécessaire pour éviter l'escalade des pensées négatives. Enfin, une telle pratique peut entraîner :

- le désengagement intentionnel d'un mode d'esprit vers l'engagement dans un autre ;
- le changement de vitesse mentale, d'un mode qui peut augmenter la rumination vers un autre qui accentue l'expérience directe.

Cette pratique n'est pas simple car la rumination mentale et le vagabondage mental se manifestent systématiquement. L'objectif est donc de ne pas s'arrêter sur ces blocages et tenter de continuer une centration sur le souffle, sans jugement et sans essayer de réussir la pratique, et se contenter simplement de la faire pleinement en ramenant autant de fois que nécessaire l'attention sur le souffle et la respiration.

Dans cette séance et dans le cadre de la méditation assise ou du *body scan*, plusieurs thèmes sont souvent abordés :

• l'observation et le contrôle des pensées (sans essayer de supprimer ou de contrôler les pensées, mais plutôt en visant à développer une pratique douce afin de devenir simplement conscient et capable de reconnaître une pensée et au mieux, de la laisser aller en se recentrant sur le souffle) ;
• la curiosité d'où l'esprit vagabonde ;
• la reconnaissance des sensations d'inconfort physique ;
• la reconnaissance des schémas de pensées automatiques (en se contentant de les observer sans essayer de les supprimer, ou d'essayer de les empêcher de venir) ;
• la difficulté de gérer les pensées, les émotions et les sensations corporelles déplaisantes.

Trois étapes peuvent se manifester :
• sortir du pilotage automatique et essayant de reconnaître et de repérer l'expérience du moment ;
• porter son attention sur le souffle, en se focalisant sur un seul objet ;
• élargir l'attention pour inclure un sens de la respiration et du corps comme un tout.

La concentration sur la respiration est donc primordiale dans cette pratique et constitue un élément clé de ce programme psychothérapeutique.

Séance 4 : rester présent

Les approches basées sur la pleine conscience ne visent pas le contrôle des pensées ou des émotions, ainsi que le remplacement par des pensées positives. Elle encourage les patients à permettre à ces sentiments d'être là uniquement. Lorsqu'il y a rumination à propos de pensées, il y a souvent un jugement porté sur les pensées, et un éloignement d'une perception directe de ce qu'est la difficulté.

La pratique de la pleine conscience permet aux sujets de suspendre leur manière habituelle d'être en relation avec une expérience négative, en la dépouillant de tout jugement et de toute attente. Si les vieilles habitudes deviennent moins puissantes, il devient plus facile d'agir en réponse aux émotions et aux situations difficiles plutôt que d'y réagir d'une manière automatique, sachant que la gestion du négatif n'est pas facile.

L'attachement à l'expérience positive et l'aversion des expériences négatives sont souvent deux modes d'approche des sujets à ce stade de la méditation. Sachant que notre esprit s'attache à certaines choses et essaie d'en éviter d'autres, la pleine conscience offre une manière de rester présent en proposant un autre point de vue sur les choses, elle aide à adopter une perspective plus large et avoir un rapport différent à l'expérience.

Se connecter au présent étant le thème principal de la méditation assise, il est souvent demandé aux sujets d'observer dans leur corps des réactions d'aversion ou d'attachement qui montent au cours de la pratique. Rappelons à ce niveau que le but de cette pratique n'est pas d'être relaxé ou d'atteindre le bonheur, mais d'être libre de la tendance d'être entraîné dans des réactions automatiques aux pensées, aux sentiments et aux événements agréables ou désagréables. Cette pratique engendre la capacité de la personne de se dégager des vagabondages de l'esprit sans jugement quand cela arrive.

L'intention de l'approche de pleine conscience est de permettre aux gens de devenir conscient de l'existence d'un espace plus grand dans lequel les pensées peuvent être maintenues consciemment. Rester présent, conscient de la respiration, du corps, des sons et des pensées est une façon de pratiquer qui adopte cette perspective plus large.

Séance 5 : permettre, lâcher prise

Le thème de cette séance est d'introduire et de cultiver la possibilité d'une relation radicalement différente à l'expérience indésirable, générée par la maladie ou des conflits, c'est-à-dire une relation d'acceptation, de permission et de lâcher prise.

L'objectif est d'accepter l'expérience telle qu'elle est, sans la juger ou essayer de la changer. L'acceptation signifie dans ce cas répondre activement aux sentiments en permettant ou en lâchant prise avant de s'y engouffrer et d'essayer de les résoudre ou les changer, ce qui est une réponse courante. Permettre à ces sentiments d'être en toute conscience signifie que les individus enregistrent leur présence avant de décider comment leur répondre. L'acceptation ne signifie pas la résignation, qui implique la passivité et un sentiment d'impuissance, mais l'acceptation fait état d'un engagement conscient et d'un déploiement délibéré de son énergie.

> « Dans la dépression, l'acceptation est importante, car son opposé est risqué. Ne pas vouloir accepter les sentiments, les sensations physiques ou les pensées négatives est le premier lien dans la chaîne mentale pouvant mener à la remise en place des vieux patterns mentaux automatiques et habituels reliés aux rechutes dépressives (Segal et al., 2006). »

Établir intentionnellement une relation alternative faite d'acceptation, de permission et de lâcher prise aux expériences non souhaitées a différents effets :

- la reconnaissance de la tendance qu'a notre attention d'être automatiquement détournée par les pensées et les émotions qui passent ;
- la rupture de la chaîne des réponses conditionnées et automatiques ;
- la possibilité de voir si les pensées reflètent la réalité et la vérité.

Permettre à une pensée d'être simplement présente, en notant ces effets sur le corps et voir ces changements dans son intensité, moment par moment peut donner une chance de constater que cette pensée peut s'évanouir.

Dans le cadre où le mental est attiré de manière répétée vers un lieu spécifique où dominent des pensées, des sentiments ou des sensations corporelles précises, l'instruction est d'amener l'attention volontairement et intentionnellement à cet endroit. La seconde étape est d'amener notre conscience sur la manière dont nous sommes en relation avec le corps et les pensées, et à tout ce qui s'y manifeste en introduisant l'idée de l'acceptation.

> « Une façon d'être en relation habile avec les expériences désagréables consiste à enregistrer leur présence, à leur permettre d'être comme elles sont, à ce moment et à en rester simplement conscient. Ce type de réponses décrites comme permettre, lâcher prise ou garder à la conscience comporte le thème fondamental de l'acceptation des états émotionnels difficiles ; le contraire consiste à réagir automatiquement à ces pensées ou émotions (Segal et al., 2006). »

La méditation peut orienter les participants vers l'acceptation, la permission et le lâcher-prise. Après avoir identifié les endroits du corps où les sensations physiques sont les plus fortes, le patient peut devenir conscient de la présence d'une aversion en cherchant à quel endroit du corps les manifestations de cette attitude s'expriment. Il devient possible d'observer le sens physique d'attitudes comme résister, tenir, repousser, se raidir, se tendre, etc. Ces sensations corporelles sont amenées à la conscience pour être ensuite, dans un second temps, être associées à des sentiments d'ouverture, d'assouplissement et d'acceptation. Le but de cette pratique est d'explorer les conséquences d'un renversement de la tendance habituelle du mental à s'éloigner de ce qui est difficile et douloureux. Maintenir consciemment quelque chose au sein de la conscience revient à affirmer implicitement que nous pouvons y faire face, le nommer et y travailler. De plus, se focaliser sur le corps peut éviter au sujet d'être pris dans des patterns de rumination.

En encourageant les gens à sortir du pilote automatique, à devenir conscient de l'ici et du maintenant, de leur souffle et de leurs sensations corporelles, un changement peut intervenir dans la qualité de conscience des sentiments et des pensées.

C'est bien souvent la relation aux choses et aux événements qui change (comme l'acceptation au lieu du déni, l'accueil au lieu du refus), et notre positionnement par rapport aux situations, bref notre façon de les percevoir ou de se les représenter, afin d'entrer et d'activer un processus de re-perception.

Séance 6 : les pensées ne sont pas des faits

Les commentaires et les références historiques de notre esprit maintiennent ou créent des réactions émotionnelles nouvelles. Un même événement peut être interprété différemment selon le schéma de pensée, le schéma émotionnel et l'histoire du patient.

> « La thérapie cognitive MBCT met l'accent sur le contenu des pensées, et dans le cadre d'un patient dépressif, le thérapeute va fonctionner par hypothèse chez le patient afin de le confondre avec une réalité et de montrer qu'une pensée peut être interprétée différemment en fonction de la personnalité et de la culture (Segal et al., 2006). »

L'objectif est de changer sa relation aux pensées et reconnaître les pensées comme des pensées et non des faits ou des éléments reflétant une réalité objective, le but étant de réduire le degré d'identification à ce que le sujet pense, de l'encourager à voir les pensées comme des pensées. En modifiant la relation aux pensées, les sujets ne dépendent plus de leurs pensées, mais sont en relation avec elles, comme objet de leur attention. « Les pensées ne sont pas des faits » suggère que nous n'avons pas à croire tout ce que nous pensons ou le prendre pour la vérité absolue et invite à relativiser les événements et à changer de mode de perception ou de grille de lecture de la réalité.

La MBCT met en lumière chez les patients le fait que les pensées sont vues comme des événements proches se déroulant dans l'esprit, en soulignant la difficulté de réaliser qu'ils ne sont que des pensées. La pleine conscience donne un éclairage différent à la relation que nous entretenons avec les pensées. Cette approche encourage les sujets à avoir une relation différente avec les pensées, une qualité d'attention différente, les percevant comme une partie d'un ensemble qui doit être traité avec acceptation et bienveillance.

Séance 7 : comment prendre soin de moi au mieux

Le thème de l'avant-dernière séance de la thérapie est associé à l'exercice de l'espace de respiration dans lequel le sujet se positionne durant 3 minutes, qui lui permet de prendre du recul face à une situation et de prendre conscience de ses choix et de ses émotions. Par le fait de s'ouvrir aux pensées et aux sentiments, dont les sentiments difficiles, le sujet peut voir plus clairement sa vulnérabilité aux anciennes façons de penser.

L'espace de respiration peut comprendre trois étapes :

- reconnaître ce qui se passe dans l'esprit et dans le corps ;
- diriger son attention sur la respiration ;
- élargir l'attention au corps.

Un exercice souvent utilisé est la description d'une journée, avec les activités positives et négatives afin de changer ces dernières. Dans le cas de la dépression ou de l'anxiété, le sujet, accablé, prend un espace de respiration et fait un choix, en essayant d'être avec les pensées en tant que pensées. Les thérapies comportementales et cognitives, dans le cadre de la dépression, repèrent pour chaque patient les actes et les activités associés à l'état non dépressif puis travaillent en collaboration avec la personne afin de les intégrer dans les activités de routine.

Séance 8 : utiliser ce qui a été appris pour gérer les humeurs futures

Dans le cadre de trouble et plus particulièrement de la dépression, quand les patterns de pensées automatiques reliés aux rechutes sont déclenchés, il existe des manières créatives d'y répondre. Celles-ci ne nient pas qu'il y a un problème auquel les patients doivent faire face, mais elles leur rappellent qu'il existe des choix et donc la possibilité de faire face à ce qui cause le trouble dépressif, et ceci d'une manière radicalement différente. Au lieu de ruminer le problème, il existe d'autres moyens comme rester présent au souffle, à toute pensée, émotion et sensation dont nous devenons conscients (sachant que ce processus se déroule avec de nombreuses autres interférences).

D'une certaine façon, il faut travailler avec un mode mental différent. Si dans le cadre de la régulation émotionnelle, nous faisons face à nos sentiments désagréables en les repoussant ou en essayant de les contrôler, nous finissons par les maintenir, c'est la dernière chose que nous attendons, mais cela reste souvent vrai. En évitant ou en repoussant notre expérience, nous limitons notre compréhension de son contexte plus large. L'objectif est d'accepter nos états de pensée et nos émotions, ce qui ne signifie pas les approuver ou nous résigner. En acceptant comment nous nous sentons, nous acceptons un point de départ, pour accepter le changement. Enfin, l'instructeur invite les participants à mettre en place un plan d'action pour éviter les rechutes (ici dans le cadre de la dépression) mais cela peut se faire avec différentes autres pathologies, et encourage à maintenir la pratique. La session de formation se termine ensuite avec un cadeau (objet, galet) pour souligner le partage d'une expérience commune, unique et thérapeutique.

Contexte d'utilisation

La MBCT a été développée dans le cadre de la dépression, mais peut s'articuler, moyennant des adaptations, à d'autres pathologies. Il conviendrait de développer des approches nouvelles basées sur la pleine conscience et adaptées à des troubles spécifiques.

Psychothérapies partiellement basées sur la pleine conscience

Dialectical Behavior Therapy

Il s'agit d'une approche multifactorielle du traitement des personnalités borderline développée par Linehan (1993) et plus récemment adaptée à d'autres populations. Elle repose sur un processus dialectique postulant que la réalité est liée à la force et l'interaction des opposés. Ici, l'aspect dialectique désigne la relation entre l'acceptation et le changement. Les sujets sont encouragés à accepter leur situation, leur histoire telle qu'elle se présente, en travaillant intensément à changer leur comportement et leur environnement afin d'améliorer leur qualité de vie. La synthèse de cette contradiction apparente est l'élément central du but de la DBT. Cette approche comporte des stratégies cognitives et comportementales qui permettent aux sujets de changer leurs comportements, pensées et émotions. La compétence de pleine conscience est pensée dans cette thérapie dans un contexte de synthèse de l'acceptation et du changement. Les éléments de non-jugement, d'observation des pensées et des émotions sont également présents. Linehan décrit trois compétences de « quoi » en pleine conscience qui sont l'observation, la description et la participation, et trois compétences de « comment » qui sont le non-jugement, la manière attentive et l'efficacité. Cette méthode s'apprend sur une année de travail individuel avec le thérapeute sans fréquence ou durée nécessaire. La formation inclut quatre modules de compétences : la pleine conscience, l'efficacité interpersonnelle en termes notamment de communication, la régulation des émotions et la tolérance de la détresse. Les patients travaillent avec leur thérapeute pour intégrer ces différentes composantes apprises en séance collective ou individuelle dans leur problématique personnelle.

Acceptance and Commitment Therapy

Développée par Hayes (Hayes et al., 1999), cette pratique repose sur l'analyse des comportements. Elle peut être appliquée dans une large gamme de problématiques psychologiques. Elle incorpore des processus de changements comportementaux, d'acceptation et de pleines consciences. Bien que l'ACT ne décrive pas une méthode de traitement en termes de méditation, elle est incluse dans notre description car sa stratégie est consistante avec l'approche de la pleine conscience. Les sujets en ACT se reconnaissent et sont capables d'observer leurs sensations, pensées ou émotions. Ils doivent examiner le phénomène séparément de la personne qui le ressent. (Exemple : ils sont vus disant « j'ai la vision que je suis une mauvaise personne », au lieu de « je suis une mauvaise personne ».) C'est une observation de leurs émotions sans

jugement, sans évaluation ou tentative de les changer ou de les éviter. L'ACT enseigne aux sujets d'abandonner les attentes de contrôle des pensées et des sensations en les observant sans jugement et en les acceptant telles qu'elles sont et pour ce qu'elles sont en changeant leur comportement dans un but constructif afin d'améliorer leur vie (Hayes et al., 1999). L'un des concepts centraux de l'ACT est l'évitement de l'expérience. Il se définit comme l'indisposition à vivre des expériences négatives en termes de pensées, cognitions ou émotions et prendre des actions afin de les éviter ou de les éliminer même si cela devient pénible et génère de la souffrance. Le concept de pleine conscience vient éclairer cette notion au niveau de la flexibilité psychologique qui inclut la disposition à expérimenter l'instant présent. Cette approche a été développée en France par Schoendorff (2009), Monestès, Villate et Loas (2009).

Conclusion

De nombreuses différences existent entre les multiples interventions en pleine conscience. Les approches MBSR et MBCT sont très largement orientées sur la pleine conscience en termes de méditation alors que les approches ACT et DBT se focalisent plus sur certains exercices dits de pleine conscience. L'ACT a originairement été développée comme une pratique individuelle à la différence des approches MBSR et MBCT. La méthode DBT est un mélange d'individuel et de collectif. La durée du traitement peut varier de quelques semaines (MBCT, MBSR, indépendamment de la pratique personnelle par la suite) à une année et plus dans la démarche DBT. Les programmes MBSR et MBCT accentuent plus des stratégies basées sur l'acceptation alors que les techniques DBT et ACT se focalisent plus sur des stratégies de changements comportementaux. MBSR et ACT ont été développées pour traiter une gamme de problématiques assez large alors que la MBCT et la DBT ont été conçues pour des problématiques spécifiques. Les approches MBCT et MBSR nécessitent que les thérapeutes aient une expérience pratique de la méditation à la différence des deux autres techniques. Toutes ces tentatives ont cherché à opérationnaliser et enseigner une certaine manière de porter son attention sur le moment présent de l'expérience avec une ouverture à l'acceptation.

Mesure de la pleine conscience

La capacité du sujet d'être en pleine conscience a suscité l'intérêt de la question de la mesure de cette capacité. Peut-on mesurer la pleine conscience d'un individu ? Jusqu'à très récemment, la mesure de la pleine conscience n'a reçu que peu d'attention empirique. Les études qui mettent en évidence la réduction de symptômes physiques et psychologiques

ne cessent de progresser, mais aucune n'apporte d'éléments sur la capacité des sujets à développer une aptitude à la pleine conscience. En fait, la construction d'instruments de mesure se heurte au paradoxe suivant : la solidité psychométrique de la mesure est nécessaire pour comprendre le principe et ses composants qui découlent de la pleine conscience ainsi que les mécanismes selon lesquels la formation à la pleine conscience apporte ses effets bénéfiques. D'un autre côté, les définitions opérationnelles de la pleine conscience sont essentielles pour développer des instruments valides qui sont nécessaires pour investiguer les processus psychologiques impliqués dans la formation à la pleine conscience (Baer, 2003). L'introduction de la mesure de la pleine conscience s'articule essentiellement sur les aspects conceptuels de l'attention et de l'acceptation sous la forme de questionnaires d'autoévaluation. Les outils identifiés sont les suivants (tableau 2.1).

Tableau 2.1. **Échelles de mesure de la pleine conscience (extrait de Berghmans et Tarquinio, 2009)**

Échelle	Auteurs	Dimensions mesurées	Items	Cible	Consistance interne
FMI	Buchheld et al., 2001	Attitude de non-jugement et ouverture	30 items (type Likert en 4 points)	Méditants expérimentés	0,93
MAAS	Brown & Ryan, 2003	Conscience et attention dans l'instant présent	15 items (type Likert en 6 points)	Tous sujets	0,82
TMS	Lau et al., 2006	Conscience après un exercice de méditation	10 items (type Likert en 5 points)	Tous sujets	Correcte
KIMS	Baer et al., 2004	Observation, description agir en conscience, acceptation sans jugement	39 items (type Likert en 5 points)	Tous sujets	0,76 à 0,91 pour les 4 sous échelles
CAMS	Feldman et al., 2004	Attention, conscience, focalisation sur l'instant present, acceptation/ non jugement	12 items (type Likert en 4 points)	Tous sujets	0,74 à 0,80

Tableau 2.1. *(suite)*

Échelle	Auteurs	Dimensions mesurées	Items	Cible	Consistance interne
MQ	Chadwick, et al., 2005	Pensées et images stressantes	16 items (type Likert en 7 points)	Tous sujets	0,89
PHLMS	Cardaciotto et al. (2005) traduite en français par Kretsch et al. (2009), in press	Conscience de l'instant present, acceptation sans jugement	20 items (type Likert en 5 points)	Tous sujets	Correcte

L'échelle FMI (*Freiburg Mindfulness Inventory*) de Buchheld, Grossman et Walach (2001) évalue l'attitude de non-jugement et d'ouverture. Cet instrument a été conçu avec des pratiquants de la méditation en pleine conscience pour une utilisation auprès d'une population de méditants expérimentés. Il se compose de 30 items qui sont évalués sur une échelle en 4 points de type Likert (de « rarement » à « presque toujours »). La FMI montre une bonne consistance interne avant et après une retraite méditative.

L'échelle MAAS (*Mindful Attention Awareness Scale*) de Brown et Ryan (2003) est, quant à elle, conçue pour mesurer la pleine conscience et repose sur le binôme conscience-attention centré sur le moment présent. Les répondants sont interrogés sur les expériences consistant à agir en mode « pilotage automatique », à être préoccupé et à prêter attention à l'instant présent. L'instrument comprend une échelle en 6 points de type Likert (de « presque toujours » à « presque jamais ») composée de 15 items. Ces derniers explorent les domaines cognitif, émotionnel, interpersonnel et physique. Les auteurs rapportent un instrument stable auprès d'une population d'étudiants de niveau universitaire et d'adultes pour différencier les pratiquants des non-pratiquants de la pleine conscience et pour prédire des résultats sur le bien-être des sujets. La MAAS révèle une consistance interne de 0,82.

L'échelle TMS (*Toronto Mindfulness Scale*) développée par Lau et al., (2006) a pour objectif d'évaluer l'état de conscience atteint immédiatement après un exercice de méditation. L'échelle consiste à décrire un état de conscience très élevé des sensations corporelles, des pensées et des sentiments, aussi bien qu'une attitude d'observation caractérisée par la curiosité, l'acceptation et l'ouverture. La TMS comporte 10 items évalués sur une échelle en 5 points de type Likert (de « pas du tout » à « très »). Cet instrument montre une fiabilité et une validité satisfaisante chez les sujets qui ont ou n'ont pas pratiqué la méditation en pleine conscience.

L'échelle KIMS (*Kentucky Inventory of Mindfulness Skills*) de Baer, Smith et Allen (2004) comprend 39 items qui mesurent quatre éléments de la pleine conscience : l'observation, la description, l'agir avec conscience et l'acceptation sans jugement. Les items sont évalués sur une échelle de type Likert en 5 points (de « jamais ou très rarement vrai » à « toujours ou presque toujours vrai »). La mesure des aptitudes de la pleine conscience évaluée au travers de la construction de la KIMS repose fortement sur les aspects conceptuels de l'approche thérapeutique de la DBT de Linehan. L'instrument évalue la tendance générale à être conscient au quotidien et n'exige pas une expérience de méditation. Les auteurs rapportent une consistance interne qui s'étend de 0,76 à 0,91 pour les quatre sous-échelles.

La CAMS (*Cognitive and Affective Mindfulness Scale*) de Feldman, Hayes, Kumar et Greeson (2004) est construite à partir de 12 items qui mesurent l'attention, la conscience, la focalisation sur l'instant présent et l'acceptation/non-jugement. Bien que cette échelle tente de saisir plusieurs éléments de la pleine conscience, elle ne les mesure pas indépendamment mais rapporte un score global unique. Les items sont évalués sur une échelle de type Likert en 4 points (de « rarement ou pas du tout » à « presque toujours »). Les auteurs indiquent une consistance interne de 0,74 à 0,80. D'autre part, ils rapportent des corrélations négatives liées à l'évitement, la suppression de pensées, la rumination, l'inquiétude, la dépression et l'anxiété, et des corrélations positives liées à la clarté émotive, la « réparation de l'humeur », la flexibilité cognitive et le bien-être.

La MQ (*Mindfulness Questionnaire*) de Chadwick, Hember, Mead, Lilley et Dagnan (2005) se focalise sur 16 items (type Likert en 7 points) traitant des pensées et des images stressantes. La consistance interne est de 0,89.

La *Philadelphia Mindfulness Scale* de Cardaciotto (2005) est fondée sur une mesure bidimensionnelle de la pleine conscience basée sur les deux éléments principaux du construit théorique, c'est-à-dire la conscience de l'instant présent et l'acceptation du non-jugement. L'instrument comporte 20 items qui sont évalués sur une échelle en 5 points de type Likert (de « jamais » à « très souvent »). Les auteurs font état d'une consistance interne satisfaisante dans leurs études réalisées à la fois sur une population d'étudiants de niveau universitaire et sur des patients souffrant de problèmes psychiatriques. Cette échelle a fait l'objet d'une traduction et d'une validité en français (Kretsch, Berghmans, Tarquinio & Strub, 2009, in press).

L'examen des différentes mesures de la pleine conscience développées récemment laisse apparaître de bonnes propriétés psychométriques, montrant une consistance interne correcte et des corrélations attendues avec plusieurs autres variables. Comme l'ont suggéré Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer et Toney (2006), les futures recherches devraient

faire évoluer la mesure de la pleine conscience et inclure d'autres méthodes que les questionnaires d'auto-évaluation et se pencher sur des aspects plus qualitatifs avec une orientation phénoménologique.

Lien avec les thérapies comportementales et cognitives

Les approches basées sur la pleine conscience possèdent des liens en termes de similitudes et de différences avec les thérapies comportementales et cognitives qu'il convient de mentionner.

Au niveau des similitudes, ces approches sont structurées et limitées dans le temps, à l'aide de protocoles précis, sur une durée déterminée. Elles sont présentées et expliquées aux patients avant leur commencement. Des programmes de mesures avant/après intervention apparaissent à l'aide de différentes échelles mesurant la pathologie traitée et la pleine conscience. Les processus psychologiques (relaxation, exposition, acceptation, changements cognitifs, etc.) se manifestant dans ces approches se retrouvent dans les thérapies comportementales et cognitives, peut-être d'une manière plus directe. Ces deux approches mettent l'accent sur le fonctionnement actuel de l'individu sans prendre en considération d'une manière systématique les antécédents historiques, qui ne sont pas niés pour autant. Enfin, le rôle actif du patient est à mentionner dans ces deux types d'intervention, en termes d'engagement dans un processus de changement destiné à apporter un mieux-être.

En termes de différences, les objectifs thérapeutiques sont spécifiés de manière claire dans les TCC, ce n'est pas le cas de manière aussi précise pour les approches de pleine conscience. Toutefois, dans la MBCT utilisée pour l'évitement de rechute dépressive, il est clair que l'objectif de la pratique est sous-entendu, au même titre que la gestion du stress dans l'approche MBSR. C'est plus dans l'attitude des patients vis-à-vis du but thérapeutique immédiat que la différence se manifeste. Dans les approches de pleine conscience, le patient ne doit pas tendre vers un but spécifique au fur et à mesure des séances, il ne doit pas s'attendre à un changement immédiat, il doit juste s'autoriser à effectuer ces exercices du mieux qu'il peut sans en attendre de résultats particuliers dans une optique d'acceptation et de lâcher prise. Cette attitude est souvent très difficile à mettre en place car le patient recherche une amélioration de son état, ainsi que des signes de changements. Cependant, grâce à la pratique constante de la pleine conscience, c'est la perception du rapport à la maladie et à la souffrance qui change et qui apporte des résultats positifs en termes de bien-être. Le patient ne doit pas chercher à changer, même si des changements surviennent. Dans les vagues de pensées qui arrivent à la conscience lors de la méditation, le patient

ne doit rien attendre, il reste attentif, examine ses pensées, les observe sans rien retenir, ni condamner, ni juger, il doit tout laisser choir. Tout ce qui parvient à la conscience et contemplé et laissé à son sort qui est de disparaître. Si objectif il y a dans les approches de pleine conscience, c'est seulement dans la relation aux pensées, c'est-à-dire laisser advenir la production mentale, maintenir son attention sur le phénomène sans l'entretenir ou le juger, et abandonner le phénomène et retourner à l'objet usuel d'attention comme une sensation ou le souffle. Il n'y a pas un désir de changer, mais simplement s'efforcer de rester dans un état de contemplation dans l'instant présent. C'est dans cet état de pleine conscience qu'une amélioration de la santé apparaît dans certaines pathologies. Dans la même logique, à la différence des TCC, le patient ne doit pas changer ses contenus de pensées, mais les accepter en les observant sans jugement. Le contraire serait d'analyser, de conceptualiser, bref de nourrir le mental, ce qui n'est pas le cas de la pleine conscience. C'est la relation aux cognitions qui est changée afin de les voir pour ce qu'elles sont réellement, des créations transitoires de notre esprit influencées par notre environnement et sa perception.

Enfin, une différence importante avec les TCC et l'inscription dans une application personnelle chez le patient, qui doit s'exercer à pratiquer en dehors des sessions avec son thérapeute, et ceci le plus souvent possible, afin que cette pratique curative et préventive s'inscrive dans un nouveau style de vie, ce qui souvent est très difficile, car le patient « s'accroche » au thérapeute en termes de stimulant. Le thérapeute quant à lui doit aussi s'inscrire dans une pratique et effectuer les exercices avec le patient (dans le cadre d'exercices non guidés), ainsi qu'en dehors des sessions. On assiste ici à un rôle différent de la part du thérapeute, qui pratique avec son patient et s'interroge ensuite avec lui sur les effets observés. Le style de relation thérapeutique est différent des TCC.

Formation aux thérapies de pleine conscience

Les composantes de la pleine conscience qui se déclinent dans la pratique thérapeutique sont assez uniques au sein des psychothérapies. En effet, le thérapeute a pour objectifs :

- d'aider les patients à développer une conscience détachée des pensées, des émotions et des sensations en développant l'attention vigilante ;
- de valoriser le fait de rester dans l'instant présent ;
- de développer l'acceptation et le non-jugement face aux événements de vie ;
- d'inviter le patient à s'engager dans une pratique personnelle curative ou préventive.

Pour intégrer la pleine conscience dans la pratique thérapeutique, le thérapeute doit d'une part disposer d'une assise théorique stable et évolutive lui présentant ce que sont et ce que ne sont pas la pleine conscience et la méditation et voir en quoi elles sont compatibles avec certaines pathologies, et d'autre part, il doit s'engager dans une pratique personnelle de la pleine conscience, soit de manière formelle, *via* des exercices de méditation, de yoga, soit de manière informelle, dans sa vie de tous les jours. La question de l'engagement dans une pratique méditative se pose très clairement pour le thérapeute, tant pour pouvoir expérimenter ce que ses patients éprouvent dans leur pratique, que de s'ouvrir vers une nouvelle forme de prise en charge thérapeutique caractérisée par les éléments clés de la pleine conscience. Un thérapeute qui s'oriente vers l'utilisation de la pleine conscience en termes de prise en charge et qui ne pratique pas régulièrement la pleine conscience passera à côté de tous un système de référence que le langage ne peut totalement transcrire et ne pourra pas être à même d'aider le patient au mieux, ni de lui faire prendre conscience des éléments clés de la pleine conscience, comme la valeur de l'instant présent ou de l'attention vigilante. C'est pourquoi la pratique est fondamentale. Mais, celle-ci interroge le thérapeute sur son temps, son style de vie, ses compétences d'observation et d'attention, son rapport à l'autre, sa pratique et son engagement thérapeutique, bref sur tout un ensemble de catégories de vie qui le définisse. L'utilisation de la pleine conscience en thérapie nécessite l'engagement personnel du thérapeute dans une pratique quotidienne. Bien sûr, l'utilisation de la pleine conscience en tant que prise en charge nécessite une formation qualifiante.

Aujourd'hui, comparativement aux États-Unis, il existe encore très peu de formations à la pleine conscience en lien avec les approches MBSR et MBCT, mais celles-ci sont très clairement en développement depuis les quatre dernières années. Il faut souligner que de par la nature particulière de ces approches, les formations proposées aux thérapeutes ne suivent pas encore un cadre très strict donnant lieu à des validations de compétences comme des formations à l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) ou à des TCC, toutefois, ces approches pédagogiques sont en évolution.

En France, un diplôme universitaire (DIU – Lyon) sur les TCC propose une formation aux approches de pleine conscience, et un DIU spécialisé dans les prises en charge basées sur la pleine conscience (MBSR, MBCT), les thérapies cognitives d'acceptation (ACT) et les approches de relaxation est en projet à Metz (Université Paul Verlaine) pour débuter en 2011 et donnera lieu à une formation qualifiante *via* de la supervision. Il existe également des praticiens (psychothérapeutes, médecins) formés à ces approches qui proposent des formations MBSR, MBCT, *via* notamment des associations comme l'ADM (Association pour le dévelopement de la *mindfulness*).

Les hôpitaux universitaires de Genève et les consultations psychologiques spécialisées de l'université de Louvain-La-Neuve (Belgique) offrent des programmes de formation MBSR et MBCT.

Le milieu hospitalier français est encore frileux à l'utilisation de ces approches, toutefois des services de psychiatrie (hôpital Sainte-Anne de Paris) ou des services de consultation à la douleur commencent à pratiquer ces méthodes.

La situation dans les pays francophones et particulièrement en France est en train d'évoluer. Une forte demande de la part des patients qui cherchent à investir des prises en charge complémentaires et nouvelles, ainsi que des praticiens qui s'orientent vers des voies thérapeutiques complémentaires apparaissent très clairement. C'est par la validation de l'efficacité de ces approches au regard de la recherche et de la pratique clinique que ces thérapies complémentaires pourront entrer dans les milieux hospitaliers et psychothérapeutiques.

Les prises en charge thérapeutiques basées sur la pleine conscience se situent clairement dans un contexte d'émergence. Son approche à la fois simple et heuristique, couplée à une pratique tant sur un plan clinique que personnel, fait appel aux compétences latentes, présentes dans chaque individu et souligne la capacité active du patient à prendre soin de sa santé en termes de prévention contre la maladie, et en termes de soin face à des pathologies. Enfin, il est utile de noter que ces approches ne sont pas en opposition avec d'autres formes de psychothérapies, psychodynamique, humaniste, systémique, mais s'inscrivent très clairement dans une optique complémentaire et intégrative.

Références

Alexander, F. (1931). Buddhist training as an artificial catatonia. *Psychoanalytic Review*, *18*, 129–145.

Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science & Practice*, *10*(2), 125–142.

Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, *11*, 191–206.

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report Assessment methods to explore facets of Mindfulness. *Assessment*, *13*(1), 27–45.

Berghmans, C., Strub, L., & Tarquinio, C. (2008). Méditation de pleine conscience et psychothérapie : état des lieux théorique, mesures et pistes de recherches. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, *18*, 62–71.

Berghmans, C., & Tarquinio, C. (2009). *Comprendre et pratiquer les nouvelles psychothérapies*. Paris: Interéditions Dunod.

Berghmans, C., Kretsch, M., Branchi, S., Strub, L., & Tarquinio, C. (2009). Effets du Tai Chi Chuan sur la santé psychique et physique : une revue systématique de question. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, *19*, 4–29.

Boccio, F. (2004). *Mindfulness yoga*. Somerville, MA: Wisdom publication.
Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present : Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*, *84*, 822–848.
Buchheld, N., Grossman, P., & Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy : The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, *1*, 11–34.
Cardaciotto, L. (2005). Assessing Mindfulness : The development of a Bi-Dimensional Measure of Awareness and Acceptance. Thesis of Doctor of Philosophy : Clinical Psychology, Drexel University.
Carlson, L., Speca, M., Patel, K., & Goodey, E. (2003). MBSR in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 571–581.
Chadwick, P., Hember, M., Mead, S., Lilley, B. & Dagnan, D. (2005). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Mindfulness Questionnaire. Unpublished manuscript.
Cottraux, J. (2007). *Thérapie cognitive et émotions, la troisième vague*. Paris : Masson.
Dass, R. (1971). *Be here now*. New York: Crown.
Epstein, M. (1995). *Pensées sans penseur : Une psychothérapie dans une perspective bouddhiste*. Paris : Calmann-Lévy.
Feldman, G. C., Hayes, A. M., Kumar, S. M. & Greeson, J. M. (2004). Development, factor structure, and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale. Manuscript submitted for publication.
Fromm, E., Suzuki, D. T., & Di Martino, R. (1960). *Zen buddhism and psycho analysis*. New York: Harper and Row.
Guermer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guildford Press.
Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2003). Mindfulness based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *J Psychosom Res*, *57*, 35–43.
Hartfranft, C. (2003). *The Yoga sutra of Pantajali*. Boston: Shambala.
Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy : an experimental approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
Hayes, S., & Strosahl, K. D. (2005). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer.
Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation : theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*, *4*(1), 33–47.
Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastroph living*. New York: Del Publishing.
Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are : mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
Kabat-Zinn, J. (2009). *Au Cœur de la tourmente, la pleine conscience*. De Boeck : Bruxelles.
Kretsch, M., Berghmans, C. Tarquinio, C. & Strub, L. (2009). Validation française d'une échelle de pleine conscience : la Philadelphia Mindfulness Scale, in press.
Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., Shapiro, S., Carmody, J., Abbey, S., & Devins, G. (2006). The Toronto Mindfulness Scale : Development and validation. *J Clin Psychol*, *62*(12), 1445–1467.
Linehan, M. (1993). *Cognitive behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guildford Press.

Monestès, J. L., Villate, M., & Loas, G. (2009). Introduction à la thérapie d'acceptation et d'engagement. *Journal des thérapies comportementales et cognitives*, *19*, 30–34.

Nathan, T., Blanchet, A., Ionescu, S., & Zajde, N. (1998). *Psychothérapies*. Paris : Odile Jacob.

Ospina, M. B., Bond, K., Karkhaneh, M., Tjosvold, L., Vandermeer, B., Liang, Y., Bialy, L., Hooton, N., Buscemi, N., Dryden, D. M., & Klassen, T. P. (2006). Meditation Practices for Health: State of the Research. *Evidence Report/Technology Assessment*, 155.

Segal, Z., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *MBCT for depression : a new approach to preventing relaps*. New York: Guildford Press.

Segal, Z., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*. Bruxelles : De Boeck.

Schoendorff, B. (2009). *Faire face à la souffrance*. Toulouse : Retz.

Tacon, A. M., Caldera, Y. M., & Ronaghan, C. (2004). MBSR in women with breast cancer. *Families, system & health*, *22*, 193–203.

Chapitre 3

Applications pratiques et déclinaison de l'approche thérapeutique MBSR

L'approche thérapeutique MBSR connaît un essor important depuis les 20 dernières années. De par le monde, le nombre de praticiens (psychothérapeutes, médecins) utilisant et s'intéressant à cette approche ne cesse de croître. En France, il existe encore très peu de lieux de formation présentant cette thérapie complémentaire. Elle est commentée dans différents ouvrages (Kabat-Zinn, 2009), mais il n'existe pas à proprement parler de protocole MBSR décliné, expliquant de manière séquencée les différentes étapes de cette thérapie. Disposer d'une approche séquencée et précise de la thérapie MBSR n'est pas une nécessité et l'expérience du praticien peut combler cette lacune. Toutefois, il apparaît important de mettre à disposition des praticiens débutants un protocole de base évolutif, pouvant être utilisé par de nombreux thérapeutes en fonction de leurs expériences dans ce domaine et qui peut constituer un cadre souple de référence pour leurs interventions. Ce chapitre s'inscrit dans cette optique et a pour objectif de présenter l'approche MBSR de manière pratique à l'intention des praticiens et thérapeutes en exposant les différents exercices utilisés sous formes d'encadrés et en mettant l'accent sur l'aspect séquentiel de chaque séance. Ce protocole va illustrer les 8 séances types de l'approche MBSR développée par Jon Kabat-Zinn (1990). Il constitue une adaptation de ses travaux en se basant d'une part sur une expérience personnelle de terrain de plusieurs années sur différentes populations inscrites dans une démarche de réduction du stress par la pleine conscience, et d'autre part sur une inscription au sein des thérapies comportementales et cognitives. Ce protocole est évolutif et peut être sujet à modifications en fonction de la pratique du thérapeute. Bien sûr, son application nécessite au préalable une formation à la thérapie MBSR, afin de l'utiliser au mieux, ainsi qu'une pratique de la pleine conscience. Précisons que cette présentation n'engage que l'auteur et l'utilisation de l'approche MBSR peut également être présentée d'une manière différente en fonction de la

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

pathologie traitée, de la population ciblée et de l'expérience issue d'une pratique personnelle. Le déroulement qui va suivre se veut une base de travail modulable pour le clinicien intéressé par cette pratique et met surtout l'accent sur l'aspect technique et pédagogique.

Avant de décliner cette approche au patient, il convient de la présenter dans ses grandes lignes afin d'une part d'être très clair avec les patients sur la nouveauté de l'approche et sa spécificité, et d'autre part de les sensibiliser sur l'importance de leur engagement dans une pratique qu'ils vont devoir déployer durant toute la durée de cette thérapie. Ceci peut s'effectuer durant un entretien individuel ou collectif d'une heure dont le but est :

• de connaître les facteurs associés au trouble pour lequel cette thérapie peut les aider et de présenter la gestion du stress comme une clé d'entrée de la thérapie ;
• d'expliquer le *background* de la thérapie MBSR et explorer avec chaque participant en quoi elle pourrait l'aider ;
• d'insister sur le fait que cette thérapie nécessite de travailler dur, avec persévérance et beaucoup de patience durant 8 semaines de pratique (le temps pouvant varier) ;
• de déterminer si la personne va en profiter à ce moment (autrement dit, si elle est dans un état d'esprit suffisamment réceptif à la démarche).

Les objectifs du programme MBSR peuvent être présentés de la manière suivante :

• aider les gens souffrant de stress (ou de la pathologie traitée) à apprendre des techniques utiles de réduction de ce stress pouvant les aider à mieux gérer leur pathologie (trouble) ;
• devenir plus conscient des sensations corporelles, des sentiments et des pensées, moment après moment ;
• aider les participants à développer une façon différente d'être en lien avec les sensations, les pensées et les sentiments et de manière plus précise, développer l'acceptation et la reconnaissance pleinement consciente des sentiments et des pensées non souhaités, de préférence aux habitudes automatiques et préprgrammées qui ont tendance à maintenir les troubles (stress) et les difficultés ;
• aider les participants à être capable de choisir la réponse la plus adéquate à toutes les pensées, les sentiments ou les situations désagréables (stress) qu'ils rencontrent dans leur vie en vue d'une adaptation ;
• mettre en place (dans la mesure du possible) des stratégies de *coping* adaptatives ;
• réagir différemment face aux situations générant du stress.

Nous allons maintenant décliner le protocole MBSR, inspiré des travaux de Jon Kabat-Zinn (1990) en proposant :
- une durée approximative de chaque partie de séance ;
- des commentaires critiques à cette approche à la lumière de la pratique ;
- des exercices spécifiques sous forme d'encadrés ;
- des liaisons théoriques entre la pratique et les concepts clés de la pleine conscience (sous formes d'encadrés tramés).

Cette approche peut être effectuée et utilisée en groupe ou individuellement. Dans ce dernier cas, le temps accordé doit être revu en raison d'absence de discussion de groupe et d'échange entre les participants.

Séance 1

Présentation et mesure de la pathologie – Durée : 30 min

Avant de commencer la première séance, l'instructeur se présente et ensuite chaque participant fait de même, en précisant ses attentes au regard du programme (ceci peut être capitalisé en début de la première séance afin d'y revenir à la dernière séance en termes de comparaison).

Des échelles de mesure de la pathologie traitée ou du stress peuvent être utilisées en début de la thérapie afin de permettre une comparaison avec ces mêmes mesures en fin de thérapie. Ceci est bien sûr non systématique et s'inscrit dans la pratique du thérapeute. Toutefois, cette démarche constitue un moyen pertinent de montrer au patient une différence entre le début et la fin de la thérapie au regard de sa pathologie et de donner des indications précises sur l'apport thérapeutique de la démarche.

Présentation théorique générale de la thérapie MBSR aux patients – Durée : 15 min

Au regard de la pratique clinique, il est intéressant de présenter en quelques mots l'approche MBSR dans ses aspects théoriques et ses grandes lignes. Les concepts de méditation ou de pleines consciences ne peuvent pas être compris uniquement par des explications théoriques, il est nécessaire de mettre en place une pratique. Toutefois, la stimulation à la pratique nécessite une sensibilisation aux éléments clés de cette approche. Ceci reste à l'initiative du thérapeute. La thérapie MBSR peut être présentée aux patients comme indiqué dans l'encadré 3.1.

Encadré 3.1

La thérapie MBSR : présentation brève

MBSR est une thérapie intégrante (holistique) basée sur :
- le concept de pleine conscience issu de la tradition bouddhiste,
- des exercices de hatha yoga (yoga des postures),
- des exercices de visualisation mentale,
- des exercices de méditation de concentration et de « pleine conscience »,
- des échanges entre les participants et le thérapeute.

L'objectif* thérapeutique premier est la réduction du stress, de l'anxiété ainsi qu'une augmentation du bien-être et de la qualité de vie.

Cette approche thérapeutique a été développée par John Kabat-Zinn (médecin, thérapeute à la clinique de réduction du stress du Massachusetts) et se situe dans le champ des médecines complémentaires, des thérapies alternatives et de la psychologie de la santé et adapté à la suite.

Sa durée est de 8 semaines (environ) comprenant 8 séances de 2 heures (environ), à raison d'une séance par semaine, et des exercices quotidiens à pratiquer chez soi d'au moins 45 minutes. Un séminaire d'une journée peut être rajouté en fonction de la disponibilité des patients.

Le protocole de formation est flexible et inclut (fig. 3.1) :
- une instruction guidée dans les pratiques de méditation en pleine conscience et de visualisation au regard de l'exercice de balayage corporel (*body scan*),
- des étirements doux et du yoga conscient,
- des discussions de groupe.

* Dans la pratique de la pleine conscience, il n'y a pas d'objectif à proprement parler, mais simplement une pratique, un entraînement quotidien à la pleine conscience sans objectifs de réussite. Toutefois, il est bon dans un souci pédagogique de parler d'objectifs thérapeutiques, quitte à revenir sur ce concept dans les séances suivantes.

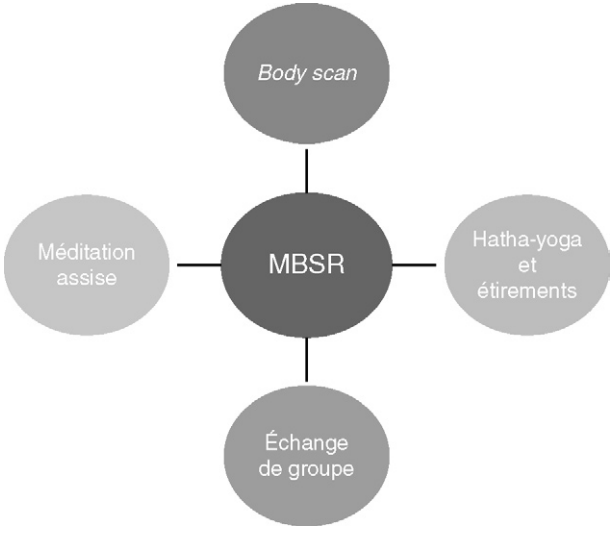


FIGURE 3.1. **Éléments du protocole MBSR.**

Le thérapeute peut garder à l'esprit les buts pratiques du programme pouvant être présentés comme dans l'encadré 3.2.

Encadré 3.2

Les buts pratiques du programme

Le but pratique de cette approche est l'apprentissage de techniques de réduction du stress reposant sur :
- la prise de conscience des pensées automatiques (ruminations mentales et pensées intrusives),
- l'augmentation de la conscience du corps, des émotions et des pensées,
- la prise de conscience de la valeur adaptative et thérapeutique de l'instant présent,
- la relaxation, la méditation, le yoga et la pleine conscience,
- la prise de recul et le lâcher-prise, par l'acceptation et le non-jugement,
- le développement d'une façon différente d'être en relation avec les pensées, les émotions et les sensations,
- le développement d'une réponse adaptative (coping) immédiate, nouvelle et adéquate face aux situations stressantes.

Cette approche permet :
- d'aider les patients qui souffrent du stress dû à des causes internes ou externes (travail, maladies, douleurs chroniques, problématiques psychologiques, situation de vie difficile, etc.) à se détendre, à accepter et à accueillir les événements de vie tels qu'ils se présentent dans une optique de prise de recul,
- d'aider les patients à apprécier la plénitude de chaque moment qu'ils vivent et surtout à être en contact avec eux-mêmes,
- de devenir plus conscient des sensations corporelles, des émotions, sentiments et pensées, moments après moments,
- d'aider les patients à développer une façon différente d'être en lien avec les sensations, les pensées et les sentiments, plus spécifiquement par l'acceptation et la reconnaissance pleinement consciente des sentiments et des pensées non souhaités,
- d'aider les participants à prendre du recul (lâcher prise) par rapport au monde et aux stimuli quotidiens.

Enfin, il convient de préciser d'emblée aux patients que l'approche thérapeutique MBSR :

1. n'est pas faite pour guérir ou maîtriser les symptômes d'une maladie, elle propose une aide pour gagner en sérénité face à son problème et changer sa relation à la maladie ;
2. impose un changement de style de vie au travers d'une pratique d'exercices réguliers. C'est un investissement et elle nécessite un engagement et une forte implication personnelle ;
3. est dénuée de religiosité et de spiritualité ;
4. ne doit pas faire attendre de résultats, mais constitue une pratique à être ;
5. permet de regarder la vie autrement avec des grilles de lecture différentes.

Présentation du concept de pleine conscience aux patients – 15 min

D'une manière simple et introductive, la pleine conscience peut être définie comme dans l'encadré 3.3.

Encadré 3.3

Éléments de définition de la pleine conscience

- Une tendance à être profondément conscient (attentif) de nos expériences internes et externes dans un contexte d'acceptation et une position de non-jugement.
- Un état de conscience sensible à l'expérience et pouvant se développer.
- Un état d'attention flexible et vigilante, caractérisé par la conscience de l'instant présent, l'observation des états mentaux d'une manière non conceptualisante, non discriminante et non évaluative.
- Une attitude qui se caractérise par la curiosité et l'ouverture, le non-attachement et le non-jugement, la non-rumination mentale et l'acceptation.
- Un état dans lequel l'esprit du sujet ne se laisse pas accrocher ou n'est pas parasité par des pensées, sensations ou émotions à propos d'expériences présentes, passées ou d'attentes futures qui surgissent.
- Un état d'esprit qui met en valeur la conscience, l'attention et l'habileté à se dégager de schémas de pensées non adaptatifs qui rendent l'individu vulnérable à des états de stress et à d'autres états pathologiques.

Cette définition n'a pas pour objectif de faire comprendre le concept de pleine conscience au patient, qui ne pourra l'appréhender dans sa juste valeur que par la pratique. Toutefois, au regard de la clinique, une telle présentation s'avère importante en termes pédagogiques afin de créer un système de référence commun chez les patients et les introduire aux notions clés du programme.

Présentation générale et introductive sur le stress – 30 min

La thérapie MBSR étant une méthode de gestion du stress, il convient de présenter brièvement ce que l'on entend par stress, d'une manière pragmatique afin de créer chez les patients une base commune de compréhension à propos des mécanismes mis en jeu dans l'apparition et la gestion du stress. D'autres informations au regard d'autres pathologies (anxiété, douleur, etc.) peuvent être rajoutées lors de cette première séance. Les éléments proposés dans l'encadré 3.4 peuvent bien sûr être modifiés par le thérapeute lors de son appropriation de la méthode. Ces informations ne sont qu'indicatives.

Encadré 3.4

Définition du stress et types de stress

D'une manière simple, le stress peut être présenté comme :
1. un état de tension intérieure et d'émotions négatives suite à des événements jugés négatifs,
2. un mécanisme d'adaptation de l'organisme face aux effets d'un processus psychologique (oppression, détresse) et physiologique,
3. un ensemble de symptômes se manifestant lorsque les exigences du milieu de vie dépassent les capacités du sujet à leur faire face ou à les maîtriser.
(Des exemples d'impacts du stress sur les patients peuvent être donnés par le thérapeute en guide d'illustration de ses propos.)
Trois types de stress peuvent être identifiés.

Le stress aigu

Il se manifeste lorsque le sujet est amené à donner une réponse rapide à une situation nouvelle imprévue et abrupte (bruit, dispute, accident, etc.). Une menace pour l'intégrité de l'organisme est identifiée, un état d'anxiété apparaît.

Le stress post-traumatique

Il apparaît chez des sujets qui éprouvent de la détresse en souvenir d'une expérience douloureuse et traumatisante (agression, viol, accident, etc.). Le stress éprouvé après l'événement est qualifié de traumatique, et ses effets sont post-traumatiques et peuvent survenir bien plus tard dans la vie en lien avec des événements jugés anodins, qui vont réactiver une mémoire traumatique. Le sujet cherche à éviter ce souvenir sans pouvoir s'en détacher. Des *flashbacks*, des pensées intrusives ou des souvenirs (rêves) font revivre les circonstances douloureuses et rappellent le trauma.

Le stress chronique

Le stress chronique vient d'une exposition lente à des agents stressants pas toujours clairement identifiés par l'individu. Des tensions s'accumulent au fil du temps et leurs effets deviennent nocifs (troubles cognitifs, dépression, anxiété, etc.). Le stress chronique s'apparente au *burn-out*. C'est un processus graduel et sournois taraudant lentement l'énergie et les ressources personnelles de l'individu.

D'un point de vue physiologique, le stress est, à l'origine, un terme qui illustre un mécanisme d'adaptation biologique, décrit sous la forme du Syndrome Général d'Adaptation (Selye, 1975). Trois phases apparaissent dans ce processus : une réaction d'alarme, une phase de résistance et une troisième phase d'alarme (fig. 3.2).

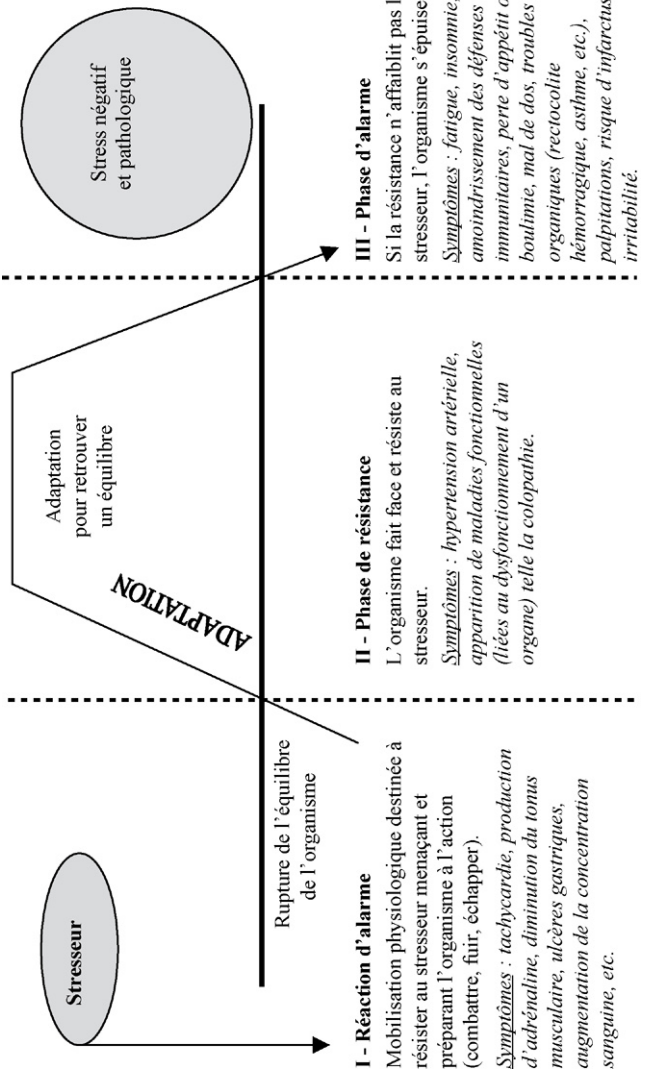

Stresseur
Rupture de l'équilibre de l'organisme
ADAPTATION
Adaptation pour retrouver un équilibre
Stress négatif et pathologique
I - Réaction d'alarme
Mobilisation physiologique destinée à résister au stresseur menaçant et préparant l'organisme à l'action (combattre, fuir, échapper).
Symptômes : tachycardie, production d'adrénaline, diminution du tonus musculaire, ulcères gastriques, augmentation de la concentration sanguine, etc.
II - Phase de résistance
L'organisme fait face et résiste au stresseur.
Symptômes : hypertension artérielle, apparition de maladies fonctionnelles (liées au dysfonctionnement d'un organe) telle la colopathie.
III - Phase d'alarme
Si la résistance n'affaiblit pas le stresseur, l'organisme s'épuise.
Symptômes : fatigue, insomnie, amoindrissement des défenses immunitaires, perte d'appétit ou boulimie, mal de dos, troubles organiques (rectocolite hémorragique, asthme, etc.), palpitations, risque d'infarctus, irritabilité.

FIGURE 3.2. Processus physiologique du stress (Seyle, 1956).

Le stress peut également être présenté sous l'aspect psychosocial avec deux types d'évaluation de la part de l'individu (fig. 3.3) : une évaluation primaire au travers de laquelle la personne évalue l'impact de la transaction (stresseur/sujet) pour le respect de son bien-être (stress perçu), et une évaluation secondaire au travers de laquelle la personne évalue ses ressources pour faire face à la situation et son contrôle sur celle-ci (contrôle

perçu). La signification de l'événement stressant est déterminée par les processus d'évaluation cognitive qui donneront lieu à un mécanisme de *coping* de l'individu qui désigne la façon de s'ajuster aux situations stressantes et la mise en place d'une réponse pour y faire face.

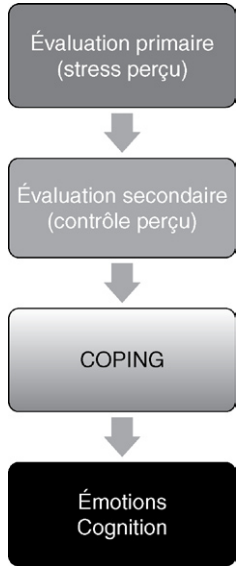


FIGURE 3.3. **Processus psychosocial du stress.**

Notre prétention n'est pas de présenter de manière exhaustive le fonctionnement processuel du stress, mais uniquement de donner au thérapeute des outils de présentation simple de ce mécanisme adaptatif en lien avec l'approche MBSR. À cette présentation indicative peuvent se rajouter d'autres éléments propres à la pratique du thérapeute et à l'objet de son accentuation clinique.

Prérequis et conseils pratiques – 5 min

Il convient de préciser certains points d'ordre pratique à l'égard des patients afin de leur permettre de s'engager au mieux dans cette démarche nouvelle (encadré 3.5).

Encadré 3.5

Conseils pratiques en début de la thérapie MBSR

1. Insister sur le rôle actif et profond du patient au niveau de l'amélioration de la santé. Lors de l'exercice, il est préférable d'arriver à rester conscient pendant toute la durée de celui-ci et de ne pas s'endormir.
2. Inviter le patient à s'habiller avec des vêtements amples et confortables,
3. Considérer ce moment comme un créneau de la journée satisfaisant pour le patient et une opportunité de se retrouver avec soi-même. Ce moment doit être perçu comme un soin, un instant que le patient mérite afin de lui apporter de l'énergie positive et de l'attention, un moment pour lui permettre de s'ouvrir aux sources de force et de guérison présentes à l'intérieur de lui-même. Le thérapeute peut insister sur le rapport au temps qui doit être changé.
4. Préciser qu'il ne faut pas se forcer à essayer de se relaxer car cela créerait juste une tension. Spécifier qu'il n'y a pas d'objectifs à atteindre et pas de réussite, mais seulement être dans l'instant.
5. Inviter le patient à devenir conscient de chaque moment émergeant et accepter simplement ce qui se passe en lui-même, l'observant clairement et le voyant tel qu'il est car il fait partie intégrante de son expérience du moment.
6. Se détacher des forces de jugement et des forces critiques et se contenter uniquement de faire ce qu'il y a à faire, du mieux que l'on peut, en étant conscient de la façon dont le sujet ressent ce qui se passe en lui-même.
7. Insister sur le fait qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises façons de se sentir lors de cet exercice. Préciser que ce n'est pas une méthode de guérison ou de suppression des symptômes, mais une méthode de changement dans le rapport à soi qui a des conséquences positives.
8. Encourager le patient à adopter n'importe quelle posture confortable.

La présentation des informations sur la pathologie traitée par le programme étant terminée, la fin de la première séance peut s'effectuer avec la mise en place d'un exercice permettant de mettre en évidence le processus de pensées automatique propre à chacun de nous, ceci par l'exercice du raisin.

Mise en lumière des pensées automatiques : l'exercice du raisin – 25 min

Cet exercice a pour objectif de mettre en lumière le processus de pilotage automatique dans lequel l'individu se retrouve dans de nombreux moments de sa vie quotidienne. C'est un comportement mécanique que le sujet met en application sans être vraiment conscient de ce qui se passe (lire une page d'un livre sans rien retenir, lors de la conduite d'un véhicule, arriver à destination sans s'en être rendu compte). Dans ce mode, le corps fait une chose et le mental autre chose. Le mental est quant à lui souvent passif, pris par des sujets ou des pensées divers. Cet exercice oblige le patient à se déconnecter de son quotidien, à faire un pas en arrière afin de s'observer, observant le monde interne, le sien, et externe. C'est une invitation personnelle à se donner le temps d'entrer en contact avec ce qui se passe en chacun de nous.

La reconnaissance de la tendance à être en pilotage automatique est le début de la pleine conscience. Le sujet est invité à en sortir pour devenir conscient de chaque moment de vie. La pratique de la pleine conscience consiste donc à devenir plus conscient de ses patterns de pensées, pour pouvoir apprendre à y faire attention volontairement, avec conscience.

Cet exercice est une illustration du degré auquel nous sommes souvent inconscients de ce qui se passe, ainsi qu'un exemple de changements pouvant prendre place, quand par exemple, nous mangeons plus lentement en nous focalisant sur la nourriture. Le sujet devient conscient d'aspects de la vie qui autrement passeraient inaperçus, tant sur le plan positif (ce qui voudrait dire que nous passons à côté d'une richesse de vie) que sur le plan négatif (où nous ne serions pas capables d'entreprendre des actions de changement). Conscient du peu d'attention accordée à la vie, c'est une base d'apprentissage de la résolution de problème basée sur l'expérience plutôt que sur du verbal et procure aux participants une nouvelle manière d'être relié à l'expérience, ainsi qu'une introduction consciente du moment présent. L'objectif est par la suite d'apporter de la conscience dans les événements et les actions de la vie de tous les jours pour savoir ce qui se passe et pouvoir par la suite changer la nature de l'expérience (encadré 3.6).

Encadré 3.6

Objectifs de l'exercice

- Sensibilisation sur les automatismes de pensées et les schémas de pensée (ex. : manger, rouler en voiture).
- Échappement aux automatismes de pensées en restant dans l'instant présent.
- Première sensibilisation à l'instant présent et sa vertu thérapeutique.
- Obtention de plus de choix, de liberté et de changements possibles pour le patient.

Le sujet y gagne du choix et de la liberté. En étant pleinement conscient des sensations corporelles, des émotions, des pensées, il peut en changer l'expérience.

Pour les participants, cet exercice illustre premièrement le fait que nous fonctionnons souvent dans un mode automatique sans nous en rendre compte où le mental est souvent dans le passé ou le futur, mais pas dans l'instant présent.

Deuxièmement, cet exercice montre à quel point faire attention d'une manière particulière (délibérément et sans jugement) peut changer la nature de l'expérience. En faisant juste attention, le sujet peut s'éveiller du mode « pilotage automatique » afin d'entrer en contact pleinement avec l'instant présent.

L'exercice du raisin peut être présenté au patient comme dans l'encadré 3.7. Il peut également être modifié par le thérapeute et utiliser un objet différent d'observation.

Encadré 3.7

L'exercice du raisin

« Je vais faire le tour de l'assemblée et je vais donner à chacun d'entre vous le même objet, un raisin de Corinthe. Maintenant, ce que j'aimerais que vous fassiez, c'est que vous vous focalisiez sur cet objet et que vous imaginiez simplement que vous n'avez jamais rien vu de pareil auparavant, que c'est la première fois que vous voyez cet objet. »
Note : Il y a au moins 10 secondes de pause entre les phrases, et les instructions sont données de manière neutre, à une cadence lente mais délibérée en demandant au groupe de suivre les instructions suivantes.

Consigne

1. Prenez cet objet et tenez-le entre l'index et le pouce. *Regardez-le* attentivement.
2. Regardez-le comme si vous *n'aviez rien vu de tel auparavant*. Tournez-le entre les doigts. Observer le attentivement.
3. *Explorez sa texture* entre vos doigts, examinez les différents reliefs, les contrastes de lumière sur l'objet.
4. Si des pensées telles que « quel est le but de ceci ? », « c'est vraiment étrange ce que nous faisons » vous viennent à l'esprit, *notez-les simplement* comme des pensées et ramenez votre conscience vers l'objet.
5. Prenez, l'objet, *portez-le* à votre nez et sentez-le, et notez bien son odeur à chaque inspiration.
6. Maintenant, *regardez-le* à nouveau, observez-le avec attention.
7. *Amenez-le maintenant* lentement à la bouche, voyez votre bras qui sait exactement où aller, remarquez que votre bouche, peut-être, salive déjà.
8. *Mettez doucement l'objet dans votre bouche*, remarquez comment il est « accueilli » sans le mordre.
9. Quand vous êtes prêts, *mordez très* consciemment dedans et notez le goût qu'il libère dans votre bouche.
10. Mâchez-le lentement, remarquez la salive dans la bouche, le changement de consistance de l'objet.
11. Lorsque vous êtes prêts à avaler, essayez de détecter l'intention d'avaler au fur et à mesure qu'elle se forme, de telle sorte que vous expérimentiez ceci avant même de réellement avaler l'objet.
12. Pour terminer, examinez si vous pouvez suivre les sensations lorsque l'objet est avalé et descend dans votre estomac, tout en réalisant que votre estomac contient un raisin de plus. Faites ceci le plus consciemment possible.

L'exercice terminé, l'instructeur pose des questions ouvertes telles que « quelqu'un souhaite-t-il dire quelque chose de son expérience ? », « quelqu'un se sent-il fatigué ? », « quelle sorte de pensées vous ont traversé l'esprit ? »
Note : Toutes les réactions, qu'elles aient l'air positives ou négatives, sont les bienvenues. Une discussion de groupe sur cet exercice peut s'amorcer.

Consignes à suivre pour la séance suivante

Essayez d'être conscient de vos pensées automatiques dans vos activités quotidiennes.

Les réactions automatiques de notre esprit ou du corps ne peuvent être dominées, c'est toutefois la relation à eux qui peut être changée par l'entraînement à la pleine conscience. Cette dernière est bien une relation différente d'être en relation avec ce qui nous arrive, tant négativement que positivement.

La séance se termine avec cet exercice, et une ouverture à la discussion avec les patients. En fonction du nombre de sujets dans un groupe ou de la réceptivité du groupe, un exercice de relaxation simple peut être rajouté (en fonction de la pratique du thérapeute). D'habitude, il y a peu de discussion à la fin de cette première séance.

Celle-ci se veut par définition introductive ayant pour objectif de préparer le patient aux autres séances et à l'approche de la pleine conscience, avec une partie théorique qui peut être modifiée en fonction du thérapeute, une partie de mesure des symptômes traités et un premier exercice pratique qui peut être complété par un exercice de relaxation simple. Enfin, la séance peut se terminer en invitant les patients, durant la semaine qui va suivre, à essayer d'être conscient de leurs pensées automatiques (cf. consigne en fin d'encadré 3.7) et en soulignant l'importance de leur engagement dans la démarche de soin.

Séance 2

Feedback des exercices à domicile – 15 min

La séance 2, comme toutes les autres séances, débute par un tour de table à propos des expériences des patients en ce qui concerne les exercices effectués à domicile (dans ce cas, l'identification des pensées automatiques dans les activités quotidiennes). Ce recueil d'expériences (encadré 3.8) permet de développer une dynamique de groupe basée sur le partage et l'échange à propos des expériences de pleine conscience rencontrées par chaque participant. Ensuite, une synthèse rapide des objectifs pédagogiques de la séance précédente est effectuée avec une introduction à ce qui va être fait dans cette nouvelle séance.

Encadré 3.8

Feedback des exercices à domicile

- Tour de table des patients sur les exercices à domicile
- Recueil des expériences
- Développement de la dynamique de groupe
- Synthèse des objectifs de la dernière séance
- Présentation du travail de la nouvelle séance

La conscience du corps : la pleine conscience de la respiration – 15 min

Le développement de la pleine conscience commence souvent à l'aide de la respiration. Fréquemment, l'individu n'a pas conscience de sa respiration, à moins qu'un événement ne surgisse qui l'empêche de respirer correctement. Dans la conscience de l'espace de respiration, entre l'alternance de l'inspiration et de l'expiration, l'individu prend conscience de son corps et de la nécessité de ce souffle vital qui vient le nourrir. Dans ce processus simple, il peut se centrer sur l'instant présent, dans une extrême aisance. Bien sûr, de nombreuses pensées vagabondes vont se manifester, et l'individu devra revenir sur la pleine conscience de sa respiration. En se centrant sur son souffle, le patient crée un espace de liaison avec lui-même tout en prenant conscience de son corps et de la volatilité de ses pensées et de la nature du mental. En se recentrant sur la respiration, il commence à se sensibiliser à la conscience de l'instant présent, et aborde sa respiration comme une ancre lui permettant de revenir dans l'instant, le détachant des pensées intrusives du passé ou du futur.

La focalisation de l'attention sur le souffle de manière vigilante et continue, en utilisant cet espace de respiration comme un point d'ancrage face aux pensées vagabondes et à l'automatisme du mental, est le premier pas vers la pleine conscience.

Le thérapeute peut susciter ce processus en utilisant les consignes de l'encadré 3.9.

Encadré 3.9

La pleine conscience de la respiration

Consignes

Allongez-vous confortablement, étendez vos jambes, vos bras le long du corps et les paumes tournées vers le ciel. Autorisez-vous à fermer lentement vos yeux. Prenez votre temps.

Inspirez profondément par le nez et sentez l'air passer à travers votre trachée et se diriger vers vos poumons, et ensuite lors de la seconde inspiration, sentez l'air passer dans vos bras, vos mains, jusqu'au bout de vos doigts, et se diffuser également vers votre ventre, vos jambes, vos chevilles, vos pieds, et jusqu'au bout de vos orteils. Imaginez cela.

Sentez l'air vous traverser, membre par membre, et prenez conscience de combien cet air est bénéfique. Prenez conscience que le simple fait de respirer, d'inspirer et d'expirer vous permet de vivre.

Lors de cette expiration, laissez-vous vous enfoncer plus profondément dans le sol, vous détendant de plus en plus. Sentez-vous à l'aise.

Renouvelez cette lente respiration 4-5 fois, en restant concentré, en vous focalisant sur cet air qui entre en vous et en ressort librement.

Encadré 3.9 (Suite)

Si vous sentez que votre esprit s'égare de votre respiration, ramenez-le simplement vers votre souffle.
Et si par hasard des pensées viennent traverser votre esprit, *considérez-les simplement comme des pensées, ne les jugez pas, et laissez-les quitter votre esprit pour pouvoir recentrer votre attention sur votre respiration.* Si vous n'y arrivez pas, laissez-vous aller, laissez les pensées vous traverser.
Concentrez-vous ensuite sur votre abdomen, sentez-le gonfler lors de l'inspiration et se détendre lors de l'expiration.
Mettez votre main sur votre ventre, sentez-le se gonfler et se remplir d'air lorsque vous inspirez.
Puis *sentez-le se dégonfler* lors de l'expiration. Sentez l'air sortir par votre bouche, tout en vous enfonçant de plus en plus dans le sol.
Relevez toutes les sensations que vous ressentez lors de cette prise de conscience de la respiration.
Ne les jugez pas, ressentez-les simplement, tout en restant concentré sur votre respiration.
Laisser le patient ressentir l'exercice 5 minutes seul.
Remettez-vous dans la position du début, les bras le long du corps, et détendez-vous.
Vous pouvez alors vous féliciter d'avoir consacré du temps à cet exercice.
Une fois cela fini, l'instructeur demande aux participants de s'exprimer sur ce qu'ils ont ressenti, si cela les a détendus ou bien au contraire si cela les a rendus nerveux.

Consignes pour les exercices à effectuer à domicile

Faites un effort délibéré pour introduire une conscience de chaque instant dans une activité de routine de votre choix. Cette activité peut être se lever le matin, se brosser les dents, se doucher… Concentrez-vous sur le fait de savoir ce que vous êtes en train de faire comme vous êtes en train de le faire réellement.
Effectuez l'exercice de la pleine conscience de la respiration le plus souvent possible, sans vous forcer.

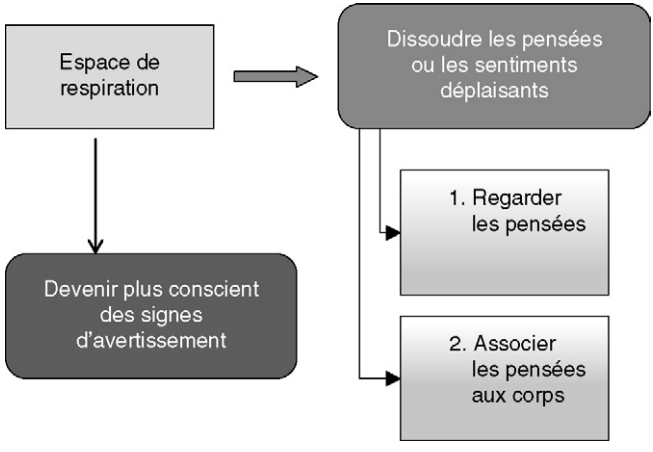

Espace de respiration
Dissoudre les pensées ou les sentiments déplaisants
1. Regarder les pensées
2. Associer les pensées aux corps
Devenir plus conscient des signes d'avertissement

FIGURE 3.4. **L'espace de respiration.**

Cet espace de respiration (fig. 3.4) va permettre au patient d'être le lieu de sa centration sur lui-même, dans l'instant présent. En observant ses pensées, ses émotions, parfois associées au corps, le patient peut devenir plus conscient de signes d'avertissement (stress, douleur, etc.) de son corps.

Les buts et les gains de l'exercice peuvent être présentés comme proposé dans l'encadré 3.10.

Encadré 3.10

Objectifs de l'exercice

- Prendre conscience de la respiration et du corps
- Lier le sujet avec lui-même, *via* sa respiration
- Apprendre à se centrer sur la respiration
- Prendre conscience de la volatilité des pensées
- Sensibiliser à l'ancrage
- Aménager un espace personnel de détente et de liaison avec soi-même

La respiration et la conscience du souffle sont un élément primordial dans le développement de la pleine conscience. Cet espace personnel de respiration et un centre paisible à l'intérieur de l'individu qui lui permet d'accroître une stabilité mentale.

La conscience du corps : le balayage corporel (*body scan*) – 45 min

Le *body scan* a pour objectif de développer la conscience des sensations physiques, d'amener une conscience détaillée vers chaque endroit du corps en apprenant à maintenir une attention soutenue vers un endroit particulier pendant un temps déterminé et de développer la concentration, le calme et la souplesse d'attention, bref de mettre en place un état de pleine conscience (encadré 3.11). L'attention au corps est nécessaire, c'est un besoin fondamental. Par le *body scan,* c'est une attention vigilante, soutenue qui est donnée à soi-même et qui va dans certains cas permettre d'être plus sensible à des dysfonctionnements avant que ceux-ci ne deviennent gênants, ou tout simplement, par cette observation consciente, d'essayer de donner un sens aux symptômes et sensations ressentis.

Encadré 3.11

Objectifs du *body scan*

- Développer la conscience des perceptions/sensations physiques
- Lier le sujet avec lui-même, *via* sa respiration
- Développer la concentration
- Aménager un espace personnel de détente et de liaison avec soi-même
- Façonner l'ancrage

L'utilisation du corps comme objet d'attention permet d'une part, par une plus grande conscience du corps, de mieux gérer les émotions. Des sentiments puissants comme la colère ou la tristesse peuvent être exprimés par la pensée mais aussi par le biais du corps, et plus exactement comme un effet dans le corps (une position serrée, une poitrine voûtée peuvent être l'illustration de blocage de sentiments). Le corps peut être le reflet du mental. D'autre part, l'intérêt d'utiliser le corps comme objet d'attention est d'amener de la conscience dans des manifestations de l'émotion en tant que sensations physiques ou de sensations ressenties dans le corps. Cela permet au moment venu un glissement du centre de gravité de l'attention de « être dans la tête » vers une conscience du corps. Cela ouvre la possibilité de venir à l'émotion par une nouvelle perspective : la sensation d'être dans le corps. C'est un exercice dans lequel le sujet déplace son attention volontairement dans le corps et découvre ce qui se passe quand il le fait (l'exercice peut durer 45 min où le sujet déplace son attention dans différentes parties du corps, voit ce qui s'y passe et relâche son attention).

Précisons qu'il n'y a pas de succès ou d'échec dans ces exercices, il n'y a pas de notion de performance ou de réussite, l'important est de pratiquer, sans jugement, ni attente, mais avec un réel lâcher-prise.

Au cours de cet exercice, des pensées parasites vont émerger qui risquent de rendre la tâche difficile (fig. 3.5). Ces réactions vont apparaître de toute façon, car elles font partie de l'individu. C'est la manière dont le sujet va les traiter qui fera la différence. Par cette pratique, c'est une réaction différente à soi-même qui va s'instaurer (*cf.* l'encadré 3.12).

Cet exercice de 45 min peut paraître long au patient lorsqu'il pratique pour la première fois. Souvent, il « décroche » au bout de quelques minutes et est submergé par des pensées parasites ou des rêveries. C'est seulement par l'application d'une discipline constante et rigoureuse qu'il prendra pleinement conscience de cet exercice. On constate aussi une plus grande facilité à effectuer cet exercice lorsque le *body scan* est guidé par la voix du thérapeute.

Enfin, il est important de pratiquer ces exercices à domicile le plus souvent possible et de tenir un journal.

Le *body scan* guidé peut être effectué en utilisant les consignes de l'encadré 3.12.

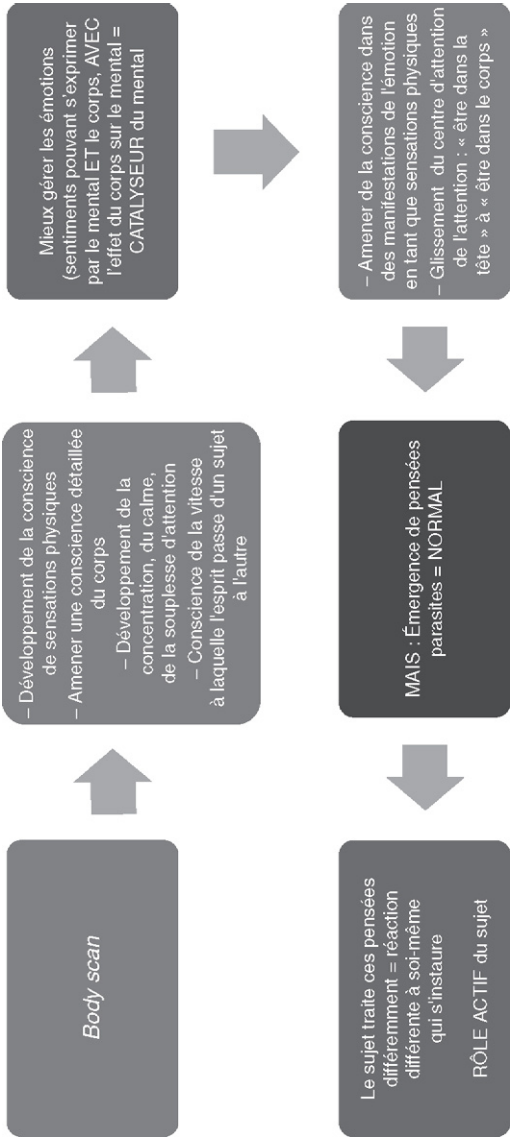

Body scan
Le sujet traite ces pensées différemment = réaction différente à soi-même qui s'instaure
RÔLE ACTIF du sujet
MAIS : Émergence de pensées parasites = NORMAL
– Amener de la conscience dans des manifestations de l'émotion en tant que sensations physiques
– Glissement du centre d'attention de l'attention : « être dans la tête » à « être dans le corps »
Mieux gérer les émotions (sentiments pouvant s'exprimer par le mental ET le corps, AVEC l'effet du corps sur le mental = CATALYSEUR du mental
– Développement de la conscience de sensations physiques
– Amener une conscience détaillée du corps
– Développement de la concentration, du calme, de la souplesse d'attention
– Conscience de la vitesse à laquelle l'esprit passe d'un sujet à l'autre

FIGURE 3.5. **Le balayage corporel** *(body scan)*.

Encadré 3.12

Le balayage corporel

Étape 0 : Conscience de la respiration

Allongez-vous sur le dos, confortablement, prenez le temps nécessaire à bien vous positionner. Étendez vos bras le long du corps, les paumes ouvertes vers le plafond de manière détendue. Une fois que vous vous sentez à l'aise,

Encadré 3.12 (Suite)

prenez conscience de vos paupières, fixez votre attention sur elles et ressentez-les de plus en plus lourdes. Elles ont envie de se fermer. Vous les fermez doucement, calmement.
Ensuite, portez votre attention sur votre respiration. Laissez votre corps respirer, n'essayez pas de manipuler votre respiration d'une quelconque façon. Laissez-vous aller tranquillement.
Essayez d'expérimenter simplement la façon dont l'air se déplace dans votre corps, dirigeant en particulier votre attention sur votre ventre, votre abdomen. L'air entre doucement par vos narines et pénètre dans vos poumons progressivement.
Essayez de ressentir les sensations dans cette région lorsque l'air pénètre dans votre corps et que l'abdomen gonfle doucement et aussi, lorsque l'air ressort du corps et que le ventre se dégonfle, ceci en suivant le mouvement rythmique de votre ventre à chaque respiration.
Inspirez doucement, expirez doucement. Accompagnez ce cycle en conscience, inspirez doucement et expirez doucement.
Laissez-vous aller, laissez votre corps devenir lourd alors qu'il s'enfonce un peu plus profondément dans le sol (le matelas). Accordez de l'importance à votre respiration à chaque instant.

Étape 1 : *Body scan* de la jambe gauche et conscience de la respiration

Lorsque vous vous sentez prêt, déplacez l'objectif de votre attention sur le bas de la jambe gauche et plus particulièrement sur les orteils du pied gauche, et prenez-en conscience.
L'important est que vous sentiez juste vos orteils tels qu'ils sont, en vous concentrant.
Expérimentez le gros orteil, essayez de le ressentir. Puis essayez de ressentir le petit orteil, sans le bouger, mais juste en le ressentant individuellement, puis les autres orteils et, lorsque vous inspirez, imaginez que l'air descend directement dans les poumons et le ventre et vers le bas de la jambe gauche jusqu'à vos orteils. Lorsque vous expirez, imaginez que l'air remonte de vos orteils et ressort automatiquement par votre nez, comme si vous inspiriez vers le bas jusqu'à vos orteils et expiriez à partir de vos orteils.
Essayez cet exercice. L'important n'est pas de réussir mais de le pratiquer calmement.
Lorsque vous êtes prêt, expirez pour quitter vos orteils complètement et déplacez votre attention sur le bas de votre pied gauche, respirez avec lui, et expirez à partir de celui-ci en le laissant juste s'en aller.
Respirez ensuite dans le talon et lors d'une expiration, laissez-vous quitter celui-ci, devenant conscient du dessus de votre pied. Ne pensez pas autrement à votre pied qu'en étant juste présent ici avec lui, le ressentant, le laissant prédominer le champ de votre conscience, respirant avec lui. Visualisez et ressentez la plante de votre pied dans sa totalité.
Puis, laissez cette conscience s'étendre aux chevilles et ressentez votre propre cheville gauche, respirez à l'intérieur de celle-ci et lors d'une expiration, quittez la cheville et votre pied gauche et devenez alors conscient de la partie inférieure de la jambe gauche, de sa surface comme de sa profondeur. Expérimentez cette région telle qu'elle est, n'essayez pas de la rendre différente, acceptez les sensations que vous ressentez, respirez avec elles et lorsque vous êtes prêt, quittez également cette partie du corps.

Encadré 3.12 (Suite)

Focalisez maintenant votre attention en remontant vers votre genou, expérimentez votre genou gauche, respirez à l'intérieur et lors d'une expiration, laissez-le s'effacer également.
Déplacez-vous maintenant vers la région de la cuisse, en remontant jusqu'à l'aine et la hanche à l'extérieur, expérimentant juste votre cuisse gauche, la laissant aussi molle et détendue que possible, et s'il y a une quelconque tension, laissez-la sortir lors d'une expiration.
Lorsque vous êtes prêt, prenez une respiration plus profonde vers le bas dans votre cuisse et lorsque vous expirez, laissez-la s'effacer, se relaxer et se ramollir en vous laissant aller. Prenez maintenant conscience de votre jambe dans sa totalité, soyez avec elle, dans l'instant.

Étape 2 : *Body scan* de la jambe droite et conscience de la respiration

Écartons-nous maintenant vers la jambe droite, devenons conscients des sensations dans les orteils droits, ressentez-les sensations du gros orteil, du petit et des autres, dirigeant l'air inspiré vers les orteils et lors de l'expiration, laissez l'air remonter de vos orteils et ressortir par votre nez, en enregistrant les sensations qui sont présentes dans cette région, sans les juger.
Quand vous le voulez, prenez une inspiration plus profonde vers le bas à l'intérieur de vos orteils et lors de l'expiration, laissez vos orteils s'évanouir dans le champ de votre conscience, laissant l'attention se porter sur le bas de votre pied droit, en incluant le talon, puis la plante dans sa totalité.
Puis profitez d'une expiration pour quitter cette région et déportez doucement votre attention sur le dessus du pied et la cheville, inspirant et expirant, puis laissez-la juste partir, se détendre et s'évanouir de votre conscience alors que vous prenez conscience de la partie inférieure de la jambe.
Lorsque vous êtes prêt, respirez à l'intérieur de la jambe et profitez de l'expiration pour la quitter également et prenez alors conscience de votre genou droit avant de le quitter également lors de l'expiration.
Maintenant, prenez conscience de votre cuisse droite, entre la hanche, le bassin et l'aine, en partant du genou.
Lors d'une expiration, quittez cette région également.

Étape 3 : Prise de conscience du bassin et dos

Devenez maintenant conscient de votre bassin, d'une hanche à l'autre, de vos fesses en contact avec le matelas et des sensations de contact et de pesanteur.
Prenez conscience de la région des organes génitaux, des hanches elles-mêmes et respirez avec votre bassin dans son intégralité durant quelques secondes.
Dirigez l'air vers le bas lors de l'inspiration et, lors de l'expiration, laissez le bassin se relâcher et se détendre, toute tension présente s'en allant avec l'air ; soyez satisfait d'être comme vous êtes juste à cet instant.
Dirigez ensuite votre attention vers le bas du dos, expérimentant les sensations qui s'y trouvent.
Expérimentez votre dos tel qu'il est en cet instant, laissant l'air pénétrer, se déplacer dans chaque région du bas du dos lors de l'inspiration et de l'expiration.

Encadré 3.12 (Suite)

Laissez toute tension ou contraction être là puis s'en aller lors de l'expiration et lors d'une expiration, quittez le bas du dos et remontez vers le haut, respirant avec vos sensations.
Et quelles que soient les tensions ou contractions, laissez-les simplement disparaître et quitter le corps lors de l'expiration alors que vous vous laissez aller et sombrez encore plus profondément dans la quiétude et la relaxation.
Portez ensuite votre attention à nouveau sur le ventre, expérimentant la dilatation et la rétraction de celui-ci, permettant à la conscience de se diffuser du ventre vers la poitrine.
Expérimentez la poitrine qui se gonfle à l'inspiration et se rétracte quelque peu à l'expiration. Ressentez votre cœur et ses battements.
Lorsque vous êtes prêt, contentez-vous de laisser cette région s'évanouir dans la relaxation.

Étape 4 : *Body scan* des bras et mains

(Cet exercice peut se faire alternativement avec chaque partie — droite, gauche — des bras et des mains ou de manière confondue.)
Maintenant, déplacez votre attention vers les extrémités de vos doigts, prenant conscience des sensations présentes dans les extrémités de vos doigts et dans les paumes.
Soyez juste dans vos doigts, à l'intérieur et sur la partie arrière de vos doigts puis ressortez par les extrémités laissant le champ de votre conscience se diffuser jusqu'à inclure les paumes de vos mains, l'arrière de vos mains et les poignets, devenant aussi conscient des avant-bras et des coudes, expérimentant votre corps tel qu'il est.
Incluez maintenant la partie supérieure de vos bras, remontez vers les aisselles et les épaules.
Expérimentez vos épaules et s'il y a une tension, respirez juste dans celles-ci et dans vos bras lors de l'inspiration et laissez cette tension s'en aller lors de l'expiration.
Soyez présent à chaque instant, quittant n'importe quelle partie se présentant.
Maintenant, laissons l'objectif de notre attention remonter vers le cou, la colonne vertébrale, puis vers la gorge et ressentez cette région de votre corps dans son intégralité.
Inspirez vers le bas, dans le cou, intentionnellement et lors de l'expiration, quittez-le également, le laissant se relaxer.

Étape 5 : *Body scan* du visage et de la tête

Prenez alors conscience de votre visage et concentrez-vous en premier sur la mâchoire et le menton, l'expérimentant juste tel qu'il est, respirant avec cette région, et lors de l'expiration, laissez-la disparaître, devenant conscient de vos lèvres et de votre bouche, des dents et des gencives, de la langue et du palais, de l'arrière de la bouche et de la gorge et lors d'une expiration, laissez cette région s'évanouir également.
Devenez alors conscient de votre nez ; ressentez de quelle façon l'air se déplace dans le nez au niveau des narines, en étant conscient de vous-même ainsi que de vos yeux, des sourcils, de l'espace entre les sourcils et de toute la région autour des yeux, des paupières.

Encadré 3.12 (Suite)

S'il y a une tension, laissez-la s'en aller en même temps que l'air s'en va lors de l'expiration, permettant à vos tempes de se relaxer et de s'effacer alors que vous expérimentez les sensations sur le côté de votre tête, respirant vers vos oreilles et expirant à partir des oreilles.
Respirez ensuite juste avec votre front, le laissant se relâcher, et si vous sentez un quelconque mouvement associé à de la tension, soyez en juste conscient et inspirez.
Respirez ensuite avec l'intégralité de votre visage comme si vous veniez du dessous et de l'intérieur, quittant votre visage dans son intégralité, le front inclus.
Maintenant, devenez conscient de l'arrière de la tête, du sommet de la tête, de la région entière du crâne, en inspirant dans cette région tout entière et expirant en laissant l'air quitter votre nez.
Lorsque vous êtes prêt, ressentez votre corps comme un tout du sommet de votre tête au bas de vos pieds, étant allongé ici dans un état de quiétude et de relaxation profonde, vous sentant vraiment tel que vous êtes.
Lorsque l'exercice s'arrêtera, ramenez votre conscience à votre corps de nouveau et ressentez-le comme un tout, renouez avec l'activité de votre vie.
Vous pouvez vous féliciter d'avoir pris le temps et l'énergie pour vous relaxer de cette façon et rappelez-vous que cet état de relaxation et de clairvoyance vous est accessible en prêtant simplement attention à l'inspiration et l'expiration quoi qu'il se passe, à n'importe quel moment de la journée, le laissant être une source de force et d'énergie constante pour vous.
Cette description du body scan est une indication qui peut subir des modifications en fonction de l'expérience du praticien, désirant s'attarder sur une partie spécifique du corps. Sa durée peut varier entre 30 et 45 minutes.

Consignes pour effectuer cet exercice à domicile

Pratiquez chez vous, 5 fois dans la semaine, un exercice de *body scan* tel que nous venons de faire, en incluant bien chaque partie du corps et en vous attardant sur chacune d'elles. Soyez concentré le plus longtemps que vous le pouvez.

La gestion des exercices à domicile : tenir un journal – 15 min

Il est important que les patients notent les exercices qu'ils vont mettre en place dans le cadre de ce programme thérapeutique, afin de les sensibiliser à la pratique et de mesurer l'observance thérapeutique. Le thérapeute peut distribuer et expliquer le fonctionnement du journal (tableau 3.1) en insistant sur l'importance de noter les exercices, les sensations, les émotions et les pensées attachées, ainsi que la durée des exercices.

Ce journal peut revêtir de multiples formes, l'important étant de donner la possibilité au patient de noter le temps qu'il passe à effectuer ses exercices à domicile et le nombre de fois qu'il le fait par semaine. Ainsi, l'observance thérapeutique peut être contrôlée d'une manière simple.

En fonction du temps restant dans la séance, celle-ci peut se terminer par un *body scan* court, sur une partie du corps (le bas), une partie de l'encadré 3.12 peut être reprise.

Tableau 3.1. **Exemple de journal**

Mois	Semaine 1		Semaine 2		Semaine 3		Semaine 4	
	Oui/ non	temps	Oui/ non	temps	Oui/ non	temps	Oui/ non	temps
Pratique 1 fois								
2 fois								
3 fois								
4 fois								
5 fois								
6 fois								
7 fois								

Séance 3

Body scan guidé et non guidé – 30 min

Après avoir fait le point sur les exercices à domicile (15 min), le thérapeute peut inviter les patients à effectuer deux exercices de balayage corporel et insister sur l'importance de la pratique au cours des séances.

Premièrement, un *body scan* guidé sur la partie droite du corps (pied, jambe, bras) peut être effectué (reprendre le protocole du *body scan* de l'encadré 3.12). Le thérapeute peut ajouter les consignes suivantes :

- « Lorsque vous prenez conscience d'une tension, "respirez à l'intérieur" de ces sensations lors d'une inspiration et laissez-les aller, lors de l'expiration. » ;
- « Quand vous remarquez que votre esprit s'éloigne de la respiration et du corps, notez où il est parti et ramenez votre attention à votre partie du corps focalisée. »

Deuxièmement, un *body scan* non guidé sur la partie gauche du corps (pied, jambe, bras) peut être effectué.

L'objectif est d'apprendre aux patients à effectuer un *body scan* en totalité et seul, de leur faire prendre conscience des tensions corporelles afin de les observer en les acceptant et d'introduire le lien entre une pensée et une réponse émotionnelle et corporelle (fig. 3.6). Le *body scan* effectué seul peut, dans certains cas, être prématuré à ce niveau d'avancement de la thérapie, il convient au thérapeute d'ajuster sa pratique en fonction de ses patients.

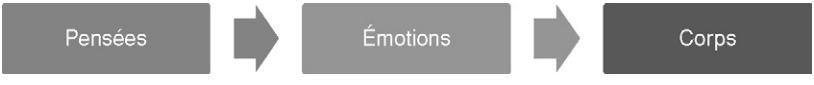


Figure 3.6. **Lien pensées/émotions/corps.**

Méditation assise – 40 min

Avant de décliner l'exercice sur la méditation assise, il convient de faire un point théorique sur ce que l'on entend par méditation, afin de préciser ce que la méditation recouvre. Au même titre que le concept de pleine conscience, il existe un vaste champ de représentations différentes de ce que l'on entend par méditation. Afin de créer un référentiel commun au sein du groupe thérapeutique ou simplement pour la bonne compréhension du patient, la méditation peut être définie de la façon suivante (Berghmans & Tarquinio, 2009) : c'est un processus psycho-physiologique complexe, interactif et multidimensionnel faisant intervenir sept éléments indépendants (fig. 3.7).

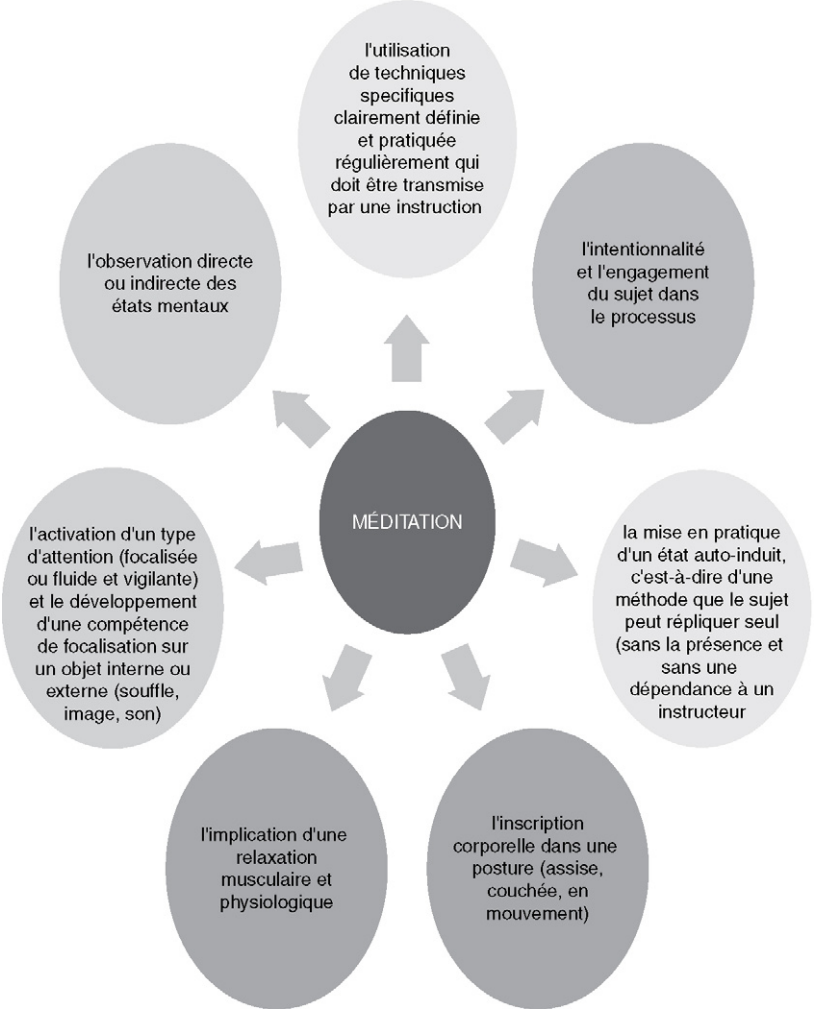

l'utilisation de techniques specifiques clairement définie et pratiquée régulièrement qui doit être transmise par une instruction
l'observation directe ou indirecte des états mentaux
l'intentionnalité et l'engagement du sujet dans le processus
MÉDITATION
l'activation d'un type d'attention (focalisée ou fluide et vigilante) et le développement d'une compétence de focalisation sur un objet interne ou externe (souffle, image, son)
la mise en pratique d'un état auto-induit, c'est-à-dire d'une méthode que le sujet peut répliquer seul (sans la présence et sans une dépendance à un instructeur
l'implication d'une relaxation musculaire et physiologique
l'inscription corporelle dans une posture (assise, couchée, en mouvement)

FIGURE 3.7. **Définition de la méditation : les sept éléments clés.**

D'un point de vue thérapeutique, l'objet de cet exercice est :
1. d'aider les patients à trouver des moyens de réduire leur degré d'identification à ce qu'ils pensent, et de les encourager à voir les pensées comme des pensées. L'idée est clairement d'explorer l'évitement de l'établissement et de la consolidation de schémas de pensées négatives ;
2. de prévenir l'installation de schémas de pensées négatives ;
3. d'aider les participants à modifier leur relation aux pensées, pour qu'ils n'en dépendent plus mais soient en relation avec elles, comme objet de leur attention ;
4. de les aider à prendre conscience des sons qui les entourent et des sensations corporelles ;
5. de travailler sur les processus de rumination et de vagabondage mental.
L'exercice de méditation assise peut s'effectuer avec le protocole proposé dans l'encadré 3.13.

Encadré 3.13

La méditation assise

Étape 1 : Prendre conscience du souffle

Asseyez-vous en tailleur (ou sur une chaise) ou sur un coussin au sol dans une position confortable, en gardant le dos bien droit.
Concentrez votre attention sur le fait que vous respirez et devenez conscient du mouvement de l'air lorsqu'il pénètre dans votre corps et lorsqu'il quitte votre corps, sans manipuler la respiration d'une quelconque façon ou en essayant de la changer, en étant simplement conscient de la respiration et des sensations qui y sont associées.
Ressentez l'abdomen qui se gonfle doucement à l'inspiration et qui se dégonfle à l'expiration, sans essayer de faire quoi que ce soit, sans essayer de bouger, juste en étant avec votre respiration.

Étape 2 : Prendre conscience de nos pensées et les observer telles qu'elles sont, en ramenant la conscience à la respiration

Votre esprit s'égarera sans doute dans des pensées, des fantasmes mais lorsque vous le constaterez, votre attention ne sera plus là. Alors, à ce moment, sans vous imposer un instant difficile, contentez-vous de reporter intentionnellement votre attention sur la respiration et continuez à observer vos pensées, simplement.
Concentrez-vous de nouveau sur la respiration et maintenez-y votre attention, pleinement conscient de la durée de l'inspiration et de celle de l'expiration, d'instant en instant.
N'essayez pas de réussir, contentez-vous de faire.
À chaque fois que vous trouvez que votre esprit s'égare de la respiration, soyez-en simplement conscient et ramenez-le doucement vers votre ventre, vers le présent, vers l'observation instant après instant du flux de votre respiration.

Encadré 3.13 (Suite)

Étape 3 : Prendre conscience des sensations désagréables et les accepter à travers la méditation

Venons-en maintenant à la pratique de la méditation, utilisant la conscience de votre respiration comme une ancre vers laquelle vous portez votre attention pour vous ramener dans le présent à chaque fois que vous remarquez que l'esprit s'évade du présent ou devient déséquilibré, préoccupé ou réactif.
Lorsque vous observez votre respiration, il se peut que vous trouviez que des sensations de votre corps envahissent occasionnellement le champ de votre conscience, générant une gêne ou une agitation qui peut parfois être intense.
Essayez d'étendre le champ de votre conscience autour de votre respiration de sorte qu'il inclut le ressenti de votre corps comme un tout, et ressentez votre respiration de la tête aux orteils, alors que vous devenez conscient de toutes les sensations dans votre corps.
De nouveau, à chaque fois que vous remarquez que votre esprit est susceptible de s'égarer, contentez-vous simplement de le ramener vers votre respiration et vers le ressenti de votre corps en étant simplement, en étant complètement présent, complètement avec vous-même.
Il peut y avoir des moments où les sensations et une partie de votre corps deviennent accablantes et dominent le champ de votre conscience à un point tel qu'il devient très difficile de rester concentré.
Si cela se produit, deux alternatives se présentent à vous :
• l'une consistant à adopter une position plus confortable de sorte à relâcher l'intensité ;
• l'autre à travailler avec cette intensité, consistant à simplement essayer de rester là avec elle, sans bouger, et en vous concentrant, dépendant de cette région du corps expérimentée et chevauchant simplement la sensation à chaque instant, inspirant et expirant avec elle, expérimentant complètement ce que votre corps est en train de vous dire juste maintenant et lui répondant en vous ouvrant et vous détendant plutôt qu'en vous crispant et en résistant.
Soyez simplement conscient de vos réactions, observez-les également en les différenciant des sensations et lorsque l'intensité décroît, rétablissez votre conscience au niveau de votre corps en tant que tout.

Étape 4 : Prendre conscience des sons qui nous entourent, sans les juger

Maintenant, autorisez à nouveau le champ de votre conscience à s'étendre vers les sons dont nous pouvons être conscients dans l'environnement ou peut-être en provenance de l'intérieur de notre corps.
Contentez-vous de vous déplacer vers les oreilles à présent et laissez votre conscience être spécifiquement la conscience de l'ouïe.
Soyez simplement réceptif à tout ce qui pénètre dans votre conscience en tant que son, avec une pleine conscience de l'ouïe, d'un instant à l'instant suivant en respirant.
Si vous entendez quelque chose, ne le jugez pas, résidez simplement dans le fait d'être instant après instant avec votre ouïe, assis dans le calme, conscient du son, conscient du silence.
Et si à nouveau vous remarquez que votre esprit est distrait à n'importe quel instant, contentez-vous de le ramener, soit vers votre respiration pour vous ancrer, soit directement vers vos oreilles, juste à l'instant présent.

Encadré 3.13 (Suite)

Étape 5 : Considérer les pensées comme des événements observables, des coupures de notre concentration

Maintenant, nous allons étendre notre conscience de sorte qu'elle inclue le fait de penser, les pensées telles qu'elles se déplacent à travers notre esprit, représentant plutôt des distractions et des coupures au niveau de notre concentration.
Nous allons simplement regarder chaque pensée émergeant dans notre esprit comme une pensée, un événement observable, laissant la pensée juste venir et repartir.
Quelle qu'elle soit, observez-la comme un événement dans le champ de votre conscience.
Si vous vous trouvez entraîné dans le flux de la pensée, si vous remarquez que vous n'êtes plus avec elle mais ailleurs, revenez simplement à l'observation de cet événement et utilisez votre respiration et le ressenti de votre corps pour vous ancrer et vous stabiliser dans le présent.
Si en particulier les pensées qui arrivent recèlent de la peur, alors soyez juste conscient de leur présence, juste conscient de la peur et laissez ces pensées aller et venir ; contentez-vous de les observer comme des simples pensées et laissez-les simplement être.
Maintenant, éloignez-vous de toute attention objective : votre respiration, votre corps, écoutez, observez, pensez, et au lieu de vous concentrer sur l'une d'entre elles, autorisez-vous simplement à être assis ici et être pleinement conscient de chaque moment.
Si ce sont des pensées qui arrivent, observez-les comme des pensées ; s'il s'agit de sons comme des sons, de douleurs comme des douleurs, et si c'est le souffle qui est prédominant, alors contentez-vous d'être avec votre respiration d'instant en instant, ne cherchant rien et étant réceptif et présent avec lui entièrement, juste tel qu'il est.
Lorsque l'exercice s'arrêtera, reconnaissez que vous avez consacré du temps pour vous-même, pour être qui vous êtes, et félicitez-vous d'avoir pris le temps et l'énergie pour accomplir cela et vous soigner d'une façon profonde.

Consignes pour les exercices à effectuer à domicile

Exercice à la maison de méditation assise – 3 fois par semaine, 20 à 40 minutes.
Pratiquez chez vous, 3 fois dans la semaine, un exercice de méditation assise tel que nous venons de le faire. Soyez concentré le plus longtemps que vous le pouvez.

Les habitudes ou schémas de pensées automatiques sont présents chez les sujets afin d'éviter les troubles, c'est un mode cognitif qui caractérisé par le pilotage automatique, le souhait de se débarrasser des émotions (humeurs) négatives et la mise en œuvre d'une comparaison constante entre un état actuel et un état désiré.

Le sujet doit essayer de rester hors de ces routines cognitives *via* la pleine conscience.

À l'aide d'un travail sur la respiration, le patient peut faire face à ces ruminations mentales en valorisant la conscience du présent qui permet de se désengager des pensées tournées sur le passé ou le futur. En

rendant le souffle conscient, il utilise un espace mental qui est d'habitude emprunté par les ruminations. C'est un focus alternatif aux ruminations. Cette attitude envers le souffle est, d'une certaine façon, une invitation à mettre en place une attitude différente envers soi-même, et permet la mise en place d'un processus de décentration cognitif (fig. 3.8) face aux spirales des émotions négatives et des ruminations mentales. Cette compétence de décentration est un mécanisme adaptatif.

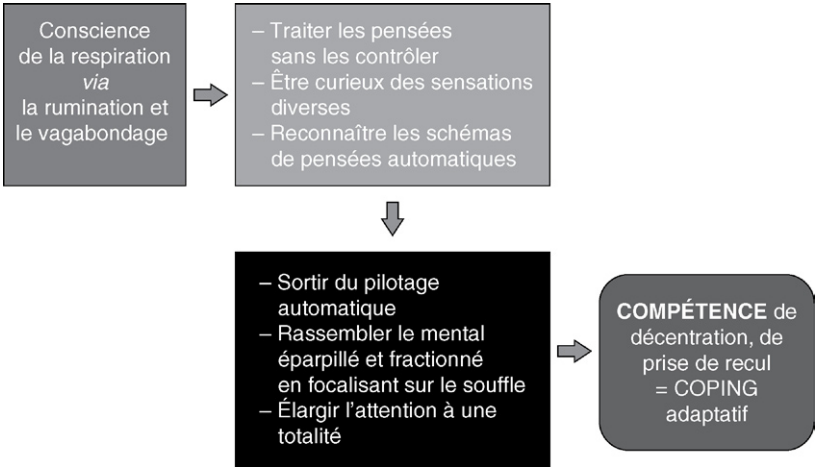

Conscience de la respiration *via* la rumination et le vagabondage
– Traiter les pensées sans les contrôler
– Être curieux des sensations diverses
– Reconnaître les schémas de pensées automatiques
– Sortir du pilotage automatique
– Rassembler le mental éparpillé et fractionné en focalisant sur le souffle
– Élargir l'attention à une totalité
COMPÉTENCE de décentration, de prise de recul = COPING adaptatif

FIGURE 3.8. **Le processus de décentration cognitif.**

La focalisation sur l'instant présent se fait également par cette attention soutenue sur le souffle. D'ordinaire, les pensées et les émotions ressenties entraînent un jugement chez l'individu. Par la pleine conscience de l'instant présent, *via* une concentration sur la respiration et une observation détachée du contenu mental, une absence de jugement peut apparaître, ou du moins peut être stimulée. Ceci entraîne une diminution du vagabondage mentale et augmente le potentiel adaptatif du sujet (fig. 3.9).

Par la méditation, le sujet peut tenter de cultiver la possibilité d'une relation différente à l'expérience indésirable, une relation d'acceptation, de permission et de lâcher prise. Par cet exercice, le patient entre vraiment dans le monde de « l'être » et non plus du « faire » ou de « l'avoir ». C'est un changement radical pour lui, qui est loin d'être facile. Ici, la méditation est vraiment un non-agir. L'observation non intentionnelle des pensées dans un esprit de non-conceptualisation et donc de non-jugement invite uniquement le sujet à être au monde, sans entrer dans le jeu des attractions et des répulsions propre au mental.

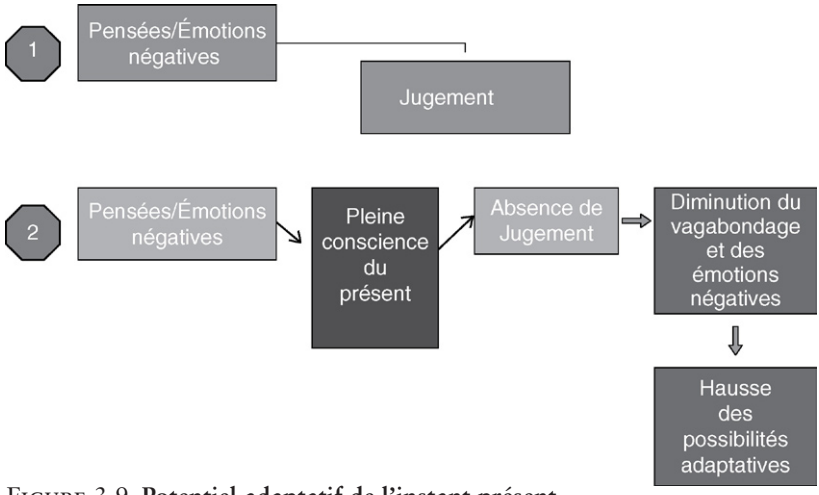


FIGURE 3.9. **Potentiel adaptatif de l'instant présent.**

Les expériences négatives que nous avons *via* nos pensées, nos sensations et nos émotions (et par extension, les stimuli générant du stress) entraînent presque toujours un processus de suppression et de changements de ce qui est indésirable. Dans la méditation de pleine conscience, le sujet est juste invité à observer ses états mentaux dans une optique de non-jugement, d'acceptation et de prise de recul. Cette acceptation n'est pas une attitude passive, mais bien au contraire, c'est une réponse active aux sensations, émotions afin de ne pas s'y engouffrer. D'une certaine façon, le sujet va enregistrer la présence de ces stimuli, saisir le désir de les supprimer ou de s'y engouffrer par rumination ou vagabondage mental, mais décidera de ne pas y répondre en déployant consciemment une énergie de non-intervention et d'engagement. Il tente d'établir intentionnellement une relation alternative aux expériences négatives.

En réagissant de la sorte, par cet exercice de méditation, le sujet valorise la conscience d'être souvent détourné automatiquement par ses pensées. Face à une expérience négative, il passe d'une position de conditionnement et d'automatisme à une position d'ouverture, ceci rompt la chaîne des réponses conditionnées (encadré 3.14).

Une fois l'exercice terminé, un débriefing et un partage d'expérience s'avèrent très utiles entre les patients. Enfin, cette troisième séance peut se conclure par un *body scan* guidé d'une quinzaine de minutes en invitant les patients à se relaxer.

Encadré 3.14

But/gains

- Aider les participants à trouver des moyens de réduire leur degré d'identification à ce qu'ils pensent, les encourager à voir les pensées comme des pensées. Explorer l'évitement de l'établissement et la consolidation de schémas de pensées négatives.
- Aider les participants à modifier leur relation, pour qu'ils ne dépendent plus de leurs pensées mais soient en relation avec elles, comme objet de leur attention.
- Travailler sur les processus de rumination et de vagabondage mentaux.

Séance 4

Étirement conscient et yoga – 45 min

Après avoir fait le point sur la séance précédente et les exercices à domicile (15 minutes), cette quatrième séance va s'orienter sur la pratique corporelle du yoga et des étirements conscients. Le patient va s'exercer à mettre en mouvement des exercices d'étirement doux, exécutés lentement, avec une attention vigilante sur chaque instant et une attention centrée sur la respiration et les sensations pouvant émerger dans le corps.

Par cet exercice, c'est le développement d'une conscience corporelle qui est retravaillée ainsi que la liaison entre le corps et le mental *via* la respiration et l'acceptation de la douleur ou des sensations physiques en lien avec les exercices effectués. Le hatha yoga est la troisième technique valorisant la pleine conscience, avec le *body scan* et la méditation assise qui est pratiquée dans l'approche MBSR. Effectué en pleine conscience, le yoga invite le patient à se positionner dans le mode « être » sans chercher des objectifs de réussite ou de guérison. C'est une invitation à mettre en place, dans une posture ou un mouvement, une extrême simplicité.

Cet exercice peut être effectué par les consignes indiquées dans l'encadré 3.15.

Encadré 3.15

Étirement conscient et yoga

Étape 1 : Étirement conscient

Tenez-vous debout, le dos bien droit, la tête haute et les bras le long du corps.
Respirez dans cette position, soyez détendu et ne pensez à rien d'autre qu'à votre respiration. Focalisez-vous sur elle.

Encadré 3.15 (Suite)

Penchez-vous alors en posant vos mains sur le sol, loin de vos pieds.
Lors d'une expiration, essayez de vous rapprocher de vos jambes au maximum, sans pour autant les plier.
Vous devez toujours garder vos jambes tendues.
Vous allez alors ressentir un étirement sur le dos de vos cuisses. Cela est tout à fait normal, pensez juste à ne pas trop forcer.
Laissez la douleur due à cet exercice s'en aller. Respirez en elle lors de l'expiration et laissez-la s'en aller de votre corps lors de l'expiration. Respirez dans cette position, et lorsque vous vous sentez prêt, lors d'une inspiration, relevez-vous lentement en rapprochant d'abord vos bras de votre corps, puis relevez ensuite le bas de votre dos pour finir en relevant la tête. Recentrez-vous sur votre respiration, en prenant conscience du mouvement que vous venez d'accomplir et de ses conséquences sur votre corps. Levez ensuite le bras droit lors de l'expiration et faites comme si vous cueilliez une grappe de raisin, tirez le bras très haut et sentez l'étirement au niveau des côtes.
Lors d'une inspiration et lorsque vous avez bien étiré votre bras, vous pouvez le relâcher et reposer votre talon au sol.
Faites la même chose de l'autre côté, avec le pied gauche.

Étape 2 : Exercices de hatha yoga

Allongez-vous sur le dos en prenant la « posture du cadavre », les bras allongés le long du corps, les paumes vers le haut, les jambes tendues.
Fermez lentement vos yeux et laissez votre corps s'enfoncer dans le matelas à chaque fois que vous expirez.
Amenez votre attention à votre respiration, l'abdomen gonflant doucement lors de l'inspiration et se rétractant à chaque expiration.
Rapprochez les deux genoux vers la poitrine et entourez vos tibias avec les deux bras.
Balancez-vous légèrement d'un côté à l'autre en respirant, de sorte que vous massiez votre dos ; vous pouvez essayer de relever la tête doucement.
Quand vous le voulez, reposez les pieds sur le sol et montez le bassin (inclinaisons du bassin et contractez le ventre en rythme avec la colonne vertébrale). Faites cela 3 fois de suite.
Retournez ensuite à la « posture du cadavre » une fois cet exercice accompli.
Faites alors un simple étirement de torsion en croisant les doigts ensemble derrière la tête, approchez les pieds des fesses et lorsque vous êtes prêt, laissez les genoux aller doucement vers la droite, vers le sol puis tournez votre tête, regardez vers la gauche au-delà de votre coude et sentez votre corps s'étirer, particulièrement votre cou, votre hanche, vos épaules.

Encadré 3.15 (Suite)

Si l'un des étirements que nous pratiquons génère une sensation de picotement, de déchirement, ressentez juste de quoi il s'agit, ne forcez pas.
Faites ce même exercice dans l'autre sens.
Explorez vos limites sans les dépasser, et vous verrez qu'à force de pratiquer ces exercices chez vous, vos limites se repousseront d'elles-mêmes.
Une fois cet exercice terminé, asseyez-vous, les jambes tendues devant vous, le dos bien droit, et les bras tendus au-dessus de votre tête.
Lorsque vous êtes prêt, abaissez-vous sur vos jambes lors d'une expiration, les bras toujours tendus, essayant d'atteindre vos orteils et de mettre votre tête sur vos genoux.
Là aussi, arrêtez-vous là où la douleur reste supportable, sans forcer, pour ne pas risquer de se faire une élongation.
Puis, lors de l'inspiration, relevez votre tête et les bras au-dessus de celle-ci, et prenez conscience des conséquences de l'exercice que vous venez d'accomplir.
Lors de l'expiration, rebaissez-vous et renouvelez ceci 3 fois de suite.
Une fois cela fini, relâchez vos bras et respirez lentement, en vous détendant.

Étape 3 : Pleine conscience de la respiration

Allongez-vous de nouveau sur le dos, les bras le long du corps, les paumes vers le ciel, et les jambes tendues.
Soyez détendu, relâchez toute tension présente en la laissant partir à chaque expiration.
Tout d'abord, inspirez profondément, sentez l'air entrer par votre nez et parcourir votre trachée, vos poumons, et ensuite aller dans vos bras, vos poignets, vos mains et ensuite dans chacun de vos doigts.
Puis, lors de l'expiration, sentez cet air faire le chemin inverse, partir du bout des doigts, de vos ongles, pour aller vers votre bouche et en sortir librement.
Inspirez de nouveau et sentez cette fois votre air qui d'un côté monte pour oxygéner votre cerveau et, de l'autre côté, descend pour aller vers votre ventre, qui alors se gonfle.
Sentez votre diaphragme qui se relève, votre air passer dans tous vos organes.
Puis expirez lentement en sentant cet air faire le chemin inverse.
Inspirez encore une fois, sentez l'air parcourir votre ventre, arriver à vos jambes, vos chevilles, vos pieds et se partager pour chaque orteil. Sentez ce fluide qui vous parcourt librement et si facilement.
Puis expirez lentement, sentez cet air partir de vos orteils pour sortir par la bouche, repasser par vos jambes, par votre ventre et arriver à votre bouche.
Si vous sentez que votre esprit s'égare, notez le simplement et ramenez votre esprit calmement vers votre respiration.
Enfin, mettez vos mains sur votre ventre, sentez-le gonfler lors de l'inspiration, sentez-le se remplir d'air.
Puis, lors de l'expiration, sentez-le se rétracter, se vider de cet air alors modifié.
Prenez conscience de toutes les modifications que subit cet air dans votre corps.
(Renouvelez cela 2 fois.)
Puis prenez conscience de votre corps comme un tout, sentez chaque membre en vous qui respire. Sentez votre corps comme un tout, incluez la perception de votre corps dans son ensemble.

Un débriefing peut clore cet exercice et permettre aux patients d'échanger leur ressenti sur cette expérience. Ce type d'exercice simple d'étirement et de conscience de la respiration peut être effectué à domicile par le patient.

Par les exercices d'étirement et de yoga effectués en pleine conscience, le patient développe la conscience du lien entre son mental et son corps. Sa concentration est accentuée, ainsi que le développement de sa conscience corporelle (fig. 3.10).

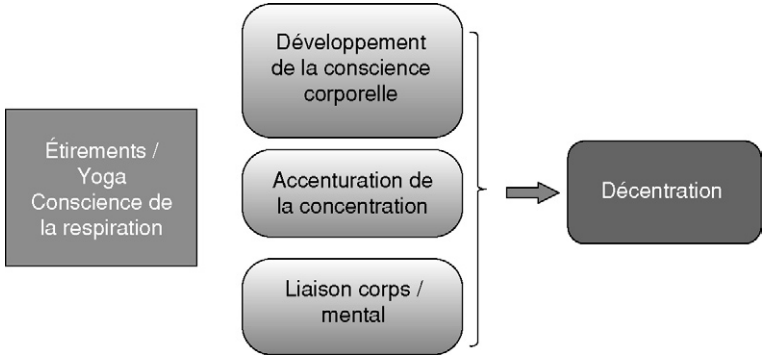

Étirements / Yoga Conscience de la respiration
Développement de la conscience corporelle
Accenturation de la concentration
Liaison corps / mental
Décentration

FIGURE 3.10. **Yoga et décentration.**

En se focalisant sur le corps, le souffle et les postures de yoga, dans l'instant présent, le patient s'invite à se décentrer, à prendre du recul au regard de ses problématiques quotidiennes pour s'inscrire dans l'instant unique du présent.

Body scan et méditation assise – 60 min

Dans cette seconde partie de séance, le thérapeute peut conduire à nouveau un exercice de méditation assise (*cf.* encadré 3.13) et finir par un exercice de *body scan* non guidé. Enfin, comme à chaque fin de séance, un débriefing est effectué avec les patients sur la séance et les exercices effectués.

Séance 5

Méditation guidée et *body scan* non guidé (45 min)

À partir de la séance 5, les exercices clés du protocole MBSR ont été présentés aux patients. Les séances suivantes consistent à expérimenter et s'entraîner à la pleine conscience *via* ces exercices, avec la mise en place de certaines variantes au regard des symptômes traités.

Après un débriefing sur les exercices à domicile et les objectifs de la séance précédente (15 min), cette 5e séance peut débuter par une méditation assise guidée (*cf.* l'encadré 3.13, 45 min) dont l'objectif est d'une part de travailler et de sensibiliser les patients à une pensée négative afin d'essayer de l'accepter, voire de la dissoudre au regard d'une distanciation, et d'autre part de se concentrer sur une pensée positive afin d'y adhérer et d'y revenir lors d'épisodes stressants (fig. 3.11). Il est important lors de ce début de séance de réaccentuer l'importance de l'instant présent et de la concentration dans une optique de non-jugement et d'acceptation.

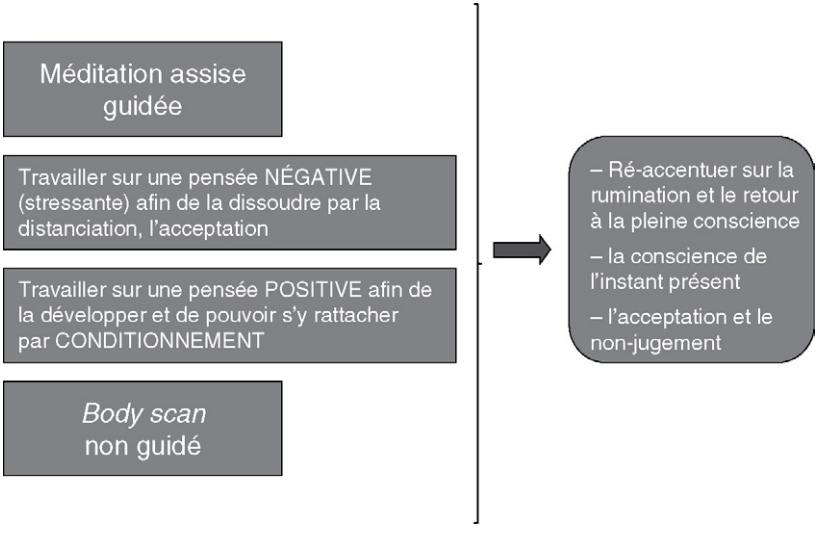

Méditation assise guidée
Travailler sur une pensée NÉGATIVE (stressante) afin de la dissoudre par la distanciation, l'acceptation
Travailler sur une pensée POSITIVE afin de la développer et de pouvoir s'y rattacher par CONDITIONNEMENT
Body scan non guidé
– Ré-accentuer sur la rumination et le retour à la pleine conscience
– la conscience de l'instant présent
– l'acceptation et le non-jugement

FIGURE 3.11. **Méditation assise – travail sur les pensées.**

Yoga conscient – 50 min

Dans cette seconde partie, l'instructeur va inviter les patients à effectuer des exercices simples de yoga en reprenant l'encadré 3.15 en accentuant la conscience de la respiration et en invitant le patient à se placer dans une attitude mentale d'observation et d'acceptation sans jugement.

Ce deuxième exercice a pour objectif de permettre aux patients de manière douce et consciente de se focaliser sur le souffle et la coordination respiration/mouvement, afin de développer une conscience corporelle, comme ancrage, et de la décentration. Des vidéos de séances de yoga sur ces exercices ou d'autres exercices simples peuvent être utilisées.

Enfin, l'instructeur invite les patients à effectuer ces exercices à domicile de manière additionnelle avec la méditation assise et le *body scan*.

Séance 6

Rappel des processus en action – 20 min

À ce stade, après un débriefing sur les exercices à domicile (15 minutes), il convient de faire un rappel théorique sur les processus en jeu dans cette approche thérapeutique (fig. 3.12).

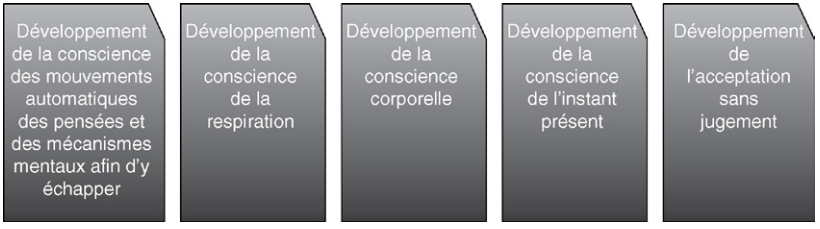

Développement de la conscience des mouvements automatiques des pensées et des mécanismes mentaux afin d'y échapper
Développement de la conscience de la respiration
Développement de la conscience corporelle
Développement de la conscience de l'instant présent
Développement de l'acceptation sans jugement

FIGURE 3.12. **Rappel des processus clés.**

Ayant été formés aux trois exercices clés de la thérapie MBSR, les patients auront souvent tendance à essayer de les faire au mieux et donc à se heurter à des résistances et des difficultés dans la réalisation de ces exercices, qui entraînent de la frustration ou de l'énervement. Ce moment convient parfaitement pour refaire un point explicatif sur les mécanismes en jeu dans cette approche thérapeutique en insistant sur le fait qu'il n'y a pas de réussite à chercher, mais qu'il faut uniquement se contenter de s'inscrire dans une pratique, dans un état de non-agir et d'ouverture bienveillante.

Par l'entraînement à la pleine conscience, *via* le programme MBSR, le patient devient progressivement conscient de ses schémas de pensées automatiques et du vagabondage de son mental, ainsi que de la rumination constante de son esprit. Peu conscient du fait que nous pensons tout le temps et constamment, notre esprit est embrumé par un flux ininterrompu de pensée. Il est très difficile de faire le vide complet, et là n'est pas l'objectif de la méditation de pleine conscience. Celle-ci peut nous aider à mieux prendre conscience de ce flux ininterrompu et de « s'arrêter » à côté afin d'en prendre conscience, de l'observer à distance sans y être noyé, afin de se positionner dans l'être et dans l'instant présent. Par cette conscience saillante, le sujet devient plus capable de tenir à distance ses pensées intrusives et les ruminations mentales, en décidant d'y faire face et de ne pas y accorder de l'importance, de ne pas être englobé par le flux de ces pensées. Ce processus entraîne implicitement une réduction de la tension. C'est un arrêt que le patient s'autorise à faire avec lui-même, une prise de recul adaptative lui permettant de renouer avec un potentiel latent valorisé par son positionnement dans l'instant présent.

Conscient de ce processus de rumination mentale qui entraîne le patient dans un cercle sans fin de doutes, de frustration et de douleur, le sujet peut en y faisant face mettre en place des réponses plus adaptatives face aux pensées, sentiments, sensations désagréables de la vie. La pratique du *body scan*, de la conscience de la respiration et de la méditation assise va stimuler quotidiennement le patient et progressivement l'inviter à voir le monde et sa place dans celui-ci différemment. On parle de re-perception, de décentration permettant au sujet de lâcher prise et de s'engager dans un espace personnel de non-agir, qui n'est pas à confondre avec de la passivité.

Dans la méditation, le patient ne doit pas chercher de résultat. Il doit juste se contenter d'être et de pratiquer, c'est ce qui fait sa richesse. L'important réside dans l'action, d'être et de sentir ici et maintenant, de trouver cet état de pleine conscience. Si l'on se lance dans une méditation pour progresser ou capitaliser, c'est nécessairement l'échec qui se trouvera à la clé. Les motivations classiques telles que le perfectionnement, la détente ou le désir de ressentir autre chose sont des états valables au début lorsque l'on débute une méditation, mais quand on s'attend à ce qu'elle se réalise, la difficulté surgit. L'état de pleine conscience est un état de non-attente, de non-agir et d'acceptation.

L'important dans la méditation d'attention est de saisir l'instant présent, et cela se fait par l'attention. La pleine conscience signifie être éveillé, ou savoir ce que l'on fait, mais quand nous commençons à nous concentrer sur nos pensées, nous repassons en pilotage automatique, nous retournons à un état de non-conscience. Le point d'ancrage qu'il est bon d'avoir lorsque l'esprit vagabonde est la concentration sur le souffle, la respiration. Nous devons nous efforcer de prendre conscience de notre respiration, ceci valorise notre état d'attention.

La pratique de la pleine conscience signifie que nous nous investissons pleinement dans l'instant présent, dans le moment. Il n'y a pas de performance, juste l'instant présent. C'est une relation différente aux pensées, émotions, sensations, corps, bref au monde qui s'instaure. Cette relation différente est génératrice de baisse, voire d'absence de tension et de stress et au regard de la recherche scientifique, se veut thérapeutique.

Méditation assise et *body scan* guidé – 40 min

Après avoir rediscuté des mécanismes de la pleine conscience en faisant participer les patients, l'instructeur peut inviter le groupe à un exercice de méditation assise guidé durant 20 min, suivi de la continuité de cet exercice de manière non guidée, et finir par un débriefing général sur la séance.

Yoga conscient – 60 min

Cette deuxième partie de séance va consister à valoriser la conscience de chaque instant à l'aide d'exercice de yoga conscient, afin de valoriser la conscience corporelle, la concentration sur la respiration et la mise en place de l'ancrage. Ceci va permettre au patient de travailler sur un mode de non-jugement afin d'explorer de plus en plus ses propres frontières et ses limites selon une façon douce mais déterminée. Les consignes de l'encadré 3.16 pour cet exercice de yoga conscient peuvent être utilisées.

Encadré 3.16

Yoga conscient

Début de la séance

Cette séance débute par un exercice de relaxation du visage.
Allongez-vous sur le dos, les bras détendus le long du corps, les jambes tendues et les pieds positionnés l'un par rapport à l'autre.
Dirigez tout d'abord votre pensée vers votre menton, relaxez les muscles de votre menton et prenez conscience de ce qui se passe dans celui-ci.
Desserrez les dents et par la pensée, remontez symétriquement le long de votre mâchoire inférieure, en direction de vos oreilles.
Prenez conscience de la présence de vos deux oreilles, puis passez aux tempes, ressentez-y des pulsations.
Amenez maintenant lentement votre pensée vers le milieu de votre front, détendez-le et rassemblez votre pensée vers le milieu de votre front.
Descendez ensuite vers la racine du nez, prenez conscience de vos paupières, closes, qui sont détendues et non crispées.
Détendez vos paupières, relâchez vos globes oculaires, faites le tour de vos deux globes, orientez votre regard vers le bas.
Vous pouvez alors percevoir des pulsations autour des yeux. Reprenez alors conscience de vos paupières, ramenez votre pensée dans le coin des yeux, descendez vers le bout du nez, prenez conscience des ailes du nez.
Remontez maintenant vers les pommettes, laissez vos joues devenir molles et flasques, le visage sans expression.
Revenez à proximité de votre bouche, prenez conscience de vos lèvres.
Dirigez enfin votre attention vers votre langue. Ressentez-la entièrement, laissez-la s'aplatir dans votre bouche, sentez la souple et chaude, molle sur toute sa surface.
Votre tête est maintenant relâchée.
Une fois cela terminé, respirez lentement, concentrez votre attention sur votre abdomen, celui-ci se tendant lors de l'inspiration, et se rétractant lorsque vous expirez.
Sentez l'air vous traverser et lors de chaque expiration, enfoncez-vous un peu plus dans le sol, dans votre matelas ou votre tapis. Vous vous sentez relaxé et détendu.

Encadré 3.16 (Suite)

Étape 1 : Étirement des bras, mouvement « cueillir des raisins »

Commençons cette séance de hatha yoga par quelques postures verticales.
Note : Lorsque vous effectuerez ces exercices chez vous, il est possible de les pratiquer devant un miroir.
Rappelez-vous de respirer autant que possible toujours dans votre corps, en étant conscient de votre respiration et adoptant d'abord une position verticale, les deux pieds à plat sur le sol, les bras pendant le long du corps, dans une posture droite et détendue, les pieds légèrement écartés.
Lors d'une inspiration, nous allons étirer les bras vers le haut sur les côtés, les coudes tendus et les pouces bloqués ensemble, en vous étirant vers le haut aussi loin que vous le pouvez, debout les pieds à plat, sans jamais forcer.
Ressentez l'étirement à travers les coudes et les aisselles, la cage thoracique, directement à la sortie du bassin, respirant en vous étirant et, lorsque vous êtes prêt, desserrez les pouces et étirez les paumes de côté en abaissant lentement vos bras et laissez vos bras redescendre lentement, consciemment, jusqu'à ce qu'ils pendent, relâchés sur le côté.
Si vous le souhaitez, fermez vos yeux, centrez votre attention sur votre ventre et observez le flux de votre respiration.
Prenez une autre inspiration profonde et étirez cette fois-ci uniquement le bras droit vers le haut pour réaliser le mouvement que nous appelons « cueillir des raisins », essayant d'atteindre quelque chose qui est hors de portée tout en continuant à respirer.
Si vous le souhaitez, soulevez le talon gauche en même temps et étirez-vous vers le haut, allongeant, étirant et abaissant lentement le bras droit.
Montez ensuite le bras gauche et le talon droit et « cueillez de nouveau cette grappe de raisin imaginaire » qui est hors de portée, étirant, allongeant le bras, respirant et redescendant lentement.
Reprenez maintenant une profonde inspiration et étirez les bras vers le haut sur les côtés, bloquant les pouces ensemble et étirez-vous, penchez-vous sur le côté droit, gardant la tête entre les bras et respirant, en pesant sur la hanche droite.
Puis en vous apaisant, amenez les bras vers le haut, redressez-vous de nouveau, et lors de l'expiration, passez au côté gauche, étirez-vous, le côté droit penché sur la hanche gauche.
Respirez, et lorsque vous êtes prêt, redressez-vous, étirez-vous vers le haut une dernière fois avec les pouces bloqués ensemble et abaissez lentement les bras sur le côté.

Étape 2 : Mouvements d'épaules, rotation du cou, rotation du buste puis du corps

Ramenez maintenant les épaules vers l'avant en décomposant cette action en quatre mouvements séparés, le 1er consistant à monter les épaules en direction des oreilles aussi loin que possible, puis serrez-les ensemble devant la poitrine, laissez-les retomber puis essayez de les serrer ensemble derrière le dos, effectuant donc un grand mouvement de rotation en bougeant les épaules.
Lorsque vous êtes prêt, ramenez-les dans l'autre direction.
Revenez à une position immobile, debout, ressentant les effets de ce que nous venons de faire puis effectuez une rotation du cou, inspirant pendant

Encadré 3.16 (Suite)

la 1re moitié de la rotation, la tête allant vers l'arrière, et expirant pendant la 2e moitié de la rotation, la tête revenant vers l'avant.
Puis inversez le sens, revenez à une position verticale, la tête dans une position neutre, et recentrez-vous de nouveau, laissant le corps être totalement détendu tout en respirant.
Placez maintenant nos mains sur nos hanches et tournez doucement, à partir de la taille vers l'épaule droite, en regardant derrière vous aussi loin que vous le pouvez, laissant les hanches orientées vers l'avant.
Puis revenez au centre et tournez, regardant au-dessus de l'épaule gauche, respirant, puis revenez au centre.
Tournez maintenant à partir des chevilles de sorte que vous tourniez le corps tout entier à l'exception des pieds, suivant le mouvement des yeux, allant aussi loin que vous le pouvez vers la droite tout en respirant.
Revenez lentement au centre et tournez à partir des chevilles entièrement vers la gauche, aussi loin que vous le pouvez, conscient de votre corps.
Revenez ensuite au centre, laissez les mains pendre de nouveau.

Étape 3 : Étirement des bras en se penchant

Penchez-vous ensuite vers l'avant, pliez légèrement les genoux et prenez une inspiration profonde, étirant les bras au-dessus de la tête comme précédemment, puis, lors de l'expiration, penchez-vous juste à partir de la taille et laissez-vous pendre, descendant jusqu'à ce que votre tête pende au-dessus du sol ainsi que vos bras, et reposez-vous dans cette position, vous laissant pendre et respirant avec les genoux légèrement pliés.
Respirez lentement, profondément, directement dans le corps et lorsque vous êtes prêt, relevez-vous lentement en vous aidant de la partie inférieure de votre colonne vertébrale, de sorte que vous redressiez d'abord les hanches, puis la partie centrale du dos, puis la partie supérieure du dos.
Enfin relevez la tête, adoptant une position verticale équilibrée et focalisez-vous de nouveau sur votre respiration au niveau de votre ventre.

Étape 4 : Position de la chaise, conscience de la respiration, étirement des jambes et des bras

Maintenant, nous allons faire la « chaise », ce qui implique d'étirer les deux bras devant vous et d'avoir les pieds séparés d'une largeur de corps environ puis imaginez que vous êtes assis sur une chaise qui n'est pas là et descendez vers une position assise du mieux que vous le pouvez, gardant la tête et le dos aussi droits que vous le pouvez.
Pliez lentement les genoux et « asseyez-vous » jusqu'à ce que vous ayez atteint le point où vous seriez assis s'il y avait vraiment une chaise ici, et respirez ainsi.
Voyez si vous pouvez descendre un petit peu plus bas, et lorsque vous êtes prêt, relevez-vous, laissez pendre vos bras et secouez un petit peu les épaules si vous le souhaitez.
Prenez une inspiration longue et profonde et laissez-vous aller, laissez toute la tension ou la fatigue générée par un exercice aussi contraignant s'évacuer lors de l'expiration.
Permettez à vos yeux de se fermer, centrez votre conscience sur votre ventre et sur le ressenti de votre corps comme un tout.

Encadré 3.16 (Suite)

Étape 5 : Balancement des genoux, étirement des jambes

Asseyez-vous alors et faisons quelques étirements dans cette position.
Commençons en amenant les plantes de pieds en contact, tenant les orteils avec vos doigts, puis ramenez lentement les talons vers le bassin, alors que vous êtes assis bien droit.
Puis balancez doucement les genoux pour vous échauffer au niveau du bassin.
Asseyez-vous, la jambe gauche étirée devant vous, et amenez le pied droit sur l'intérieur de la cuisse aussi près du bassin qu'il le peut.
Puis redressez-vous, prenez une inspiration profonde tout en étirant les bras vers le haut au-dessus de la tête, en bloquant les pouces ensemble.
Lors de l'expiration, abaissez la tête entre les bras au-dessus de la jambe gauche en vous laissant pendre, et, si vous le souhaitez, saisissez votre jambe.
À chaque fois que vous expirez, baissez le front un peu plus vers la jambe, entre les bras.
Prenez ensuite une inspiration profonde et relevez de nouveau les bras, la tête et la poitrine de sorte que vous soyez de nouveau assis bien droit, et lors d'une expiration, recommencez le même exercice en vous penchant vers l'avant.
Lors d'une inspiration, étirez de nouveau les bras vers le haut, penchez-vous vers l'avant aussi loin que vous le pouvez, la tête entre les bras, et redressez-vous jusqu'à ce que vous vous étiriez vers le haut au-dessus de la tête, les doigts et les pouces bloqués ensemble.
Quand vous le souhaitez, laissez les bras redescendre lentement sur les côtés jusqu'à ce qu'ils soient en contact avec votre corps puis détendez-vous.
Inversez alors la position des jambes de sorte que la jambe droite soit maintenant étirée devant vous, tendue, et amenez le pied gauche de sorte qu'il se trouve au sol sur l'intérieur de la cuisse droite et faites comme précédemment, plusieurs fois de suite.

Étape 6 : Battement des pieds, position du cadavre, conscience du corps, position du demi-pont, balancement du bassin

Détendez-vous puis asseyez-vous, les deux jambes tendues devant vous et secouez-les un petit peu en vous soutenant grâce à vos mains posées derrière le dos.
Battez des pieds puis couchez-vous sur le dos en adoptant la « position du cadavre ». Respirez juste ici, conscient de votre ventre qui gonfle lors de l'inspiration et dégonfle lors de l'expiration, conscient de votre corps comme un tout, conscient de toute pensée pouvant traverser votre esprit, conscient des sons, conscient des sensations, du flux de sentiments dans votre corps comme une partie intégrale de votre corps.
Maintenant, faisons « le demi-pont » : pliez les deux genoux de sorte que les pieds soient à plat sur le sol, écartés d'une largeur de corps environ, puis en saisissant alors les chevilles avec les mains si vous arrivez à les atteindre, ou dans le cas contraire juste avec les mains sur le sol le long de votre corps, prenez une respiration profonde tout en soulevant votre bassin du sol de sorte que vous soyez amené à reposer sur les plantes de pieds et la partie supérieure du dos, l'arrière de votre cou et de la tête.
Restez dans cette position, votre bassin aussi haut qu'il peut aller, et respirez ainsi, voyant votre ventre se gonfler à chaque inspiration et dégonfler à chaque expiration ; essayez de maintenir cette posture du mieux que vous le pouvez.
Rabaissez ensuite lentement le bassin sur le sol et étirez le dos dans la « position du cadavre », vos bras le long du corps.

Encadré 3.16 (Suite)

Amenez ensuite les deux genoux vers le haut en direction de la poitrine et, entourant vos tibias avec vos bras, serrez les genoux contre la poitrine en vous balançant un peu d'un côté à l'autre, étirant de nouveau les os progressivement. Vous pouvez si vous le souhaitez relever la tête et placer le front sur les genoux, vous balançant un petit peu d'avant en arrière. Vous pouvez vous balancer vers l'avant jusqu'à vous retrouver dans une position assise, et vers l'arrière jusqu'à reposer sur l'arrière de votre tête ou du cou.
Balancez-vous du mieux que vous le pouvez et, lorsque vous êtes prêt, étirez une fois encore votre dos en position couchée et laissez aller, détendez-vous, enfoncez-vous dans le sol alors que vos muscles se relâchent et portez de nouveau votre attention sur le ventre.
Alors que l'exercice touche à sa fin, rappelez-vous juste ce que cela signifie pour vous de vous engager dans ce type de travail, dans cette façon de vous accorder du temps et de l'énergie et de le pratiquer sur une base régulière peut-être tous les jours, même si ce n'est que 10 ou 20 minutes, mais sur une base continue et après des semaines, des mois, des années, observez vos limites, confinez-vous-y et observez les changements à ce niveau alors que vous grandissez, devenez plus fort, plus flexible et plus équilibré.
Une fois cela terminé, l'instructeur insiste sur l'importance de pratiquer les exercices à domicile, pour pouvoir progresser dans la méditation et faire en sorte que ces séances soient bénéfiques car tout réside dans la pratique régulière des exercices.
Il demande aux participants de réfléchir aux raisons initiales de leur venue dans ce programme et ce qu'ils ont tiré de celui-ci pour voir s'il a répondu à leurs attentes.

Consignes pour les exercices à domicile

Effectuez ces exercices à la maison (postures de hatha yoga) et/ou des exercices de méditation assise et de *body scan*.

La séance se termine par un tour de table sur les exercices effectués et les sensations ressenties, invitant les patients à échanger à propos de leurs expériences.

Séance 7

Body scan non guidé et méditation couchée guidée – 120 min

Après le tour de table classique à propos des exercices effectués à domicile, le thérapeute s'engage dans un *body scan* non guidé de 45 minutes environ, laissant les patients seuls avec eux-mêmes, puis, après un court débriefing s'engage dans un exercice de méditation couchée guidée.

Cette méditation est reprise de Jon Kabat-Zinn (encadré 3.17). Elle peut être utilisée en fin de ce protocole, les patients connaissant déjà les exercices de base de l'approche MBSR. C'est une méditation guidée, longue, que les patients peuvent suivre d'une manière détachée, sans se concentrer nécessairement sur les paroles de l'instructeur, mais l'observant dans sa totalité.

Encadré 3.17

Méditation couchée (inspiré des CD de Kabat-Zinn)

Partie 1

Installez-vous dans une position confortable, allongé sur le dos, permettez-vous de vivre ces instants avec une conscience entière, en cet instant précis, alors que chaque instant se déploie à la suite d'un autre, ressentant votre corps comme un tout, dans cette position couchée, respirant, capturant, si vous y arrivez, le sentiment de ce véritable souffle qui entre dans votre corps puis en ressort, ressentant la respiration instant après instant, vous invitant perpétuellement à être entièrement éveillé, entièrement ici, en cet instant précis, en cet instant, avec cette respiration (TP : temps de pause).

À chaque fois que vous constatez que votre esprit s'égare dans des pensées, quelles qu'elles soient, ou dans la rêverie, la somnolence ou un autre état, notez ce qu'il y a dans votre esprit et comment se sent votre corps puis laissez son contenu doucement s'en aller, quel qu'il soit et sans vous juger, vous réévaluer ou émettre toute autre intention. Rapportez simplement votre attention sur la respiration, sur votre corps allongé ici, respirant, percevant toute pensée qui arrive, que ce soient des pensées relatives au passé ou au futur, qu'elles soient associées à des sentiments forts ou non, comme si elles traversaient simplement le champ de votre conscience. Et, sans les expulser ou les poursuivre, résidant en retrait ou au-delà d'elles, permettez-vous de leur être transparent, les observant tout en observant votre respiration, alors qu'elles arrivent et repartent, alors que vous résidez ici dans la quiétude, dans la sérénité, accordant un soin et une attention pleine à chaque instant, au-delà des mots, simplement ici, chevauchant les vagues de votre propre respiration, instant après instant, respiration après respiration et en soutenant simplement la pleine conscience de cette façon, en silence.

Maintenant, revenez dans le monde de l'activité et du « faire » en effectuant une transition digne et attentive, peut-être vous attardant un peu avant de vous lever, honorant la quiétude et la paix de cet instant et conscient que vous avez toujours accès à cette innocence de quiétude et de sérénité en reportant simplement votre conscience sur votre respiration, quel que soit le moment de la journée qui continue de se déployer.

Partie 2

Reportez votre attention sur l'instant présent et en particulier sur la sensation de votre corps simplement allongé là, respirant (TP) et, lorsque vous vous sentez prêt, peut-être en vous concentrant sur votre ventre, le ressentant gonfler à chaque inspiration et dégonfler à chaque expiration, permettez au mouvement de votre ventre se gonflant et se dégonflant au rythme de la respiration de devenir un ancrage fiable pour votre attention, si et lorsqu'elle s'égare, rapportant continuellement votre esprit vers cet instant, vers cette respiration, vers votre ventre (TP long : TPL), chevauchant les vagues de la respiration au niveau de votre ventre, en contact avec chacune d'entre elles, du mieux que vous le pouvez, pendant toute la durée de l'inspiration, en étant juste témoin de cette circulation, la ressentant et la contrôlant de temps en temps, juste pour vous assurer que vous savez où votre esprit se trouve.

Encadré 3.17 (Suite)

Est-il concentré sur votre respiration en cet instant ? Si ce n'est pas le cas, alors où est-il ? Et laissez cette simple question vous ramener à l'instant présent et à votre respiration (TPL).
Si vous vous sentez à l'aise ainsi, permettez au champ de votre conscience de s'élargir autour de votre ventre et autour de votre respiration jusqu'à ce qu'il renferme la sensation du corps entier allongé là, respirant, communiquant avec votre corps tout entier, de la pointe des pieds jusqu'au sommet de la tête, ressentant la totalité de ses frontières matérialisées par la peau et en contact avec toute sensation qui pourrait être présente dans une région ou dans une autre (TPL).
Maintenant, ressentez simplement votre corps tout entier dans la conscience de l'instant après instant et, du mieux que vous le pouvez, sans réagir à tout sentiment tel que l'inconfort, l'ennui, l'agitation ou l'impatience, si et lorsqu'ils surviennent, et sans poursuivre des images agréables, des sentiments de relaxation appréciés et du bien-être, si et lorsqu'ils surviennent.
Cultivez simplement et de façon continue une présence d'esprit non réactive et qui ne porte pas de jugement, ancré dans la respiration et dans une sensation du corps en tant que « totalité », allongé ici, bercé dans la conscience, instant après instant (TPL), vous engageant perpétuellement dans une conscience qui se détache du temps, dans un présent intemporel qui ne contient que cet instant.
Vous « laissez aller » le passé, et le futur (TP), peut-être constatant également que chaque respiration est elle-même un « laisser-aller » ; et, alors que la respiration « laisse aller », il se peut que les muscles de votre corps « se laissent aller » un petit peu plus également et que vous constatiez que vous vous enfoncez un peu plus profondément dans le sol, le matelas ou le tapis.
À chaque expiration, vos bras, vos jambes, votre tête, toutes les parties de votre corps, permettez-leur, à leur tour, d'être un « laisser-aller » vers un sentiment plus profond de quiétude, de silence et de vigilance derrière l'activité tumultueuse habituelle de l'esprit et du corps au détour de votre journée, de vos obligations et de vos préoccupations, en cet instant, contentez-vous de « laisser » les différentes parties de votre corps « être » tout simplement (TP), chevauchant simplement les vagues de la respiration ; et, à chaque fois que quelque chose détourne votre attention de la respiration, en étant conscient de cela autant que possible, contentez-vous de l'observer et de la « laisser être », de l'observer et de la « laisser aller », respiration après respiration, instant après instant, perpétuellement, percevant que chaque instant est précieux, que chaque instant est une occasion de pleine conscience, un instant de votre vie se déployant ici et maintenant, un instant à ne pas manquer (TPL).
Et, maintenant, évoquez simplement pendant quelques instants l'éventualité d'apporter ce type de prévenance et de clarté aux événements et aléas de votre vie quotidienne, alors que vous continuez à cultiver la pleine conscience, instant après instant, tout au long de la journée et d'aborder avec clarté et détermination tout ce qui pourrait nécessiter de l'attention.

Partie 3

Adoptez une position aussi confortable que possible, allongé sur le dos… ; et, alors que nous parcourons cette méditation, utilisez ma voix et mes suggestions du mieux que vous le pouvez pour vous guider tout au long du chemin,

Encadré 3.17 (Suite)

vous concentrant sur votre propre expérience alors que vous êtes allongé là et utilisez les périodes de silence pour continuer la pratique, vous rappelant que nous travaillons à maintenir la vigilance instant après instant plutôt qu'à rechercher un confort tel qu'il nous amènerait juste à nous assoupir.

Lorsque vous êtes prêt, amenez doucement votre esprit à se concentrer sur votre ventre et sur votre respiration, ressentant votre ventre se gonfler à chaque inspiration et se dégonfler à chaque expiration (TP). Et, ainsi allongé, rappelez-vous peut-être que la pratique de la pleine conscience signifie avant tout une volonté d'être disponible en cet instant présent, d'être en contact avec les choses telles qu'elles sont, instant après instant, sans limiter et colorer notre expérience à travers ce que nous aimons ou non, sans se rappeler, nier, rejeter, faire la promotion, toutes ces actions qui nourrissent le jeu de la pensée et auxquelles vous serez confronté au cours de la méditation.

Pensez donc de temps en temps à vous écarter de la tendance à vouloir que les choses soient différentes de ce qu'elles sont précisément en cet instant et autorisez-les à être exactement comme vous les trouvez en chaque instant, vous autorisant à être exactement où vous êtes, en cet instant et exactement tel que vous vous trouvez, conscient de ce qui se trouve dans votre esprit et dans votre corps et de la façon dont vous vous sentez ; et rappelez-vous qu'il n'y a pas une façon « juste » de vous sentir lorsque vous pratiquez la pleine conscience, que ce que vous rencontrez à chaque instant est simplement ce que vous rencontrez, et que ce que vous ressentez est simplement ce que vous ressentez.

C'est avant tout votre conscience et votre ouverture à l'instant présent qui comptent, la pratique de la pleine conscience permet de cultiver une conscience non réactive qui ne porte pas de jugement, instant après instant, utilisant la sensation de la respiration et une sensation de votre corps comme des ancrages pour votre attention face aux inévitables pensées et sentiments, perceptions et impressions qui, de la même façon, affectent presque continuellement notre conscience et nous empêchent généralement d'être pleinement en contact avec l'instant présent et concentrés sur l'endroit où nous nous trouvons (TP).

Nous pratiquons donc la pleine conscience en nous détachant simplement de façon intentionnelle du passé et du futur, de façon continue si nécessaire, et nous ouvrant de façon continue à cet instant véritable, nous concentrant sur l'air entrant dans notre corps puis en ressortant et sur les mouvements et les sensations qui y sont associés au niveau du ventre ou des narines, sans chercher à contrôler la respiration d'une quelconque façon mais simplement à l'expérimenter alors que l'air entre dans notre corps puis en ressort, approchant chaque instant et chaque respiration comme un recommencement, un moment nouveau d'instantanéité dans lequel nous résidons avec sérénité et acceptation, en contact avec des choses simples tel être vivant, être pleinement éveillé (TP).

Ressentons donc maintenant juste l'air qui entre dans notre corps puis en ressort, nous abandonnant aux vagues de la respiration, les chevauchant ici avec notre conscience comme nous pourrions chevaucher les vagues d'un lac ou d'un océan si nous flottions sur un radeau et pouvions sentir les vagues nous soulevant et nous rabaissant doucement alors que nous sommes couchés sur ce radeau, ressentant les vagues de la respiration avec notre corps tout entier comme si notre corps tout entier respirait, ce qui est en fait le cas (TPL).

Encadré 3.17 (Suite)

Et, à chaque fois que vous constatez que votre esprit s'est égaré ailleurs, contentez-vous juste de noter où il s'en est allé et ce qui « tire » sur votre esprit, constatant son énergie et toute charge ou émotion qu'il pourrait transporter puis, juste en vous relâchant par rapport à cela, éloignez-vous en de façon intentionnelle et retournez vers la respiration et vers votre corps allongé là, respirant, et rappelez-vous que la constatation, le doux « laisser-aller » et le retour à la respiration font tous intimement partie de la pratique de la pleine conscience et ne sont pas des corrections de réparation pour pallier le fait que l'errance de l'esprit soit une chose mauvaise, fausse et n'étant pas supposée se produire.

Si vous avez un esprit, il va errer, à certains moments plus qu'à d'autres, la clarté et l'intériorité résident ici même, dans ces instants où l'on observe que l'esprit s'éloigne et qu'on le ramène, de même que dans ces instants de concentration profonde et inébranlable ; la clé réside dans la culture de la volonté à être présent avec tout ce qui survient à tout instant, incluant des sentiments de douleur ou d'inconfort, d'impatience ou même d'ennui ou d'anxiété, de tristesse, de ressentiment, quels qu'ils soient, plongez-les juste dans la « pâte » de la pleine conscience où ils vont être cuits ou cuire d'eux-mêmes et maintenez-les-y, les remuant peut-être de temps en temps tout en regardant de plus en plus profondément ce qu'ils recèlent lorsqu'ils reviennent avec force dans le champ de la conscience, expérimentant en bougeant ainsi « enfermé » lorsque des obstacles ou des challenges potentiels surviennent au cours de votre pratique (TPL), pleinement en contact avec votre corps allongé là et avec la respiration en cet instant et en cet instant seul.

Observez votre esprit de même que votre respiration, conscient de l'endroit où se trouve votre esprit en cet instant précis et le ramenant continuellement vers votre corps, vers cette respiration (TPL) ; et, si vous le souhaitez, peut-être à ce moment-là, scannez rapidement votre corps, c'est-à-dire parcourez-le des pieds jusqu'au sommet de la tête, respirant avec chaque zone et chaque région, les laissant simplement chacune à son tour arriver à la conscience, ressentant les sensations présentes ou d'ailleurs l'absence de sensations dans une région particulière si c'est le cas, et respirez successivement avec chacune d'entre elles puis éloignez-vous en lors d'une expiration et, procédant ainsi, ressentez peut-être que vous êtes en train de vous détendre, de vous enfoncer, de vous fondre un peu plus dans la surface sur laquelle vous êtes allongé et de vous enfoncer aussi un petit peu plus dans la quiétude, dans une conscience ouverte de discernement raffiné, puis continuez votre scan, soyez à présent en harmonie avec vos pieds puis les parties inférieures de vos jambes, vos genoux, les parties supérieures de vos jambes et vos hanches, votre région pelvienne toute entière, le bas de votre dos et votre ventre, votre plexus solaire juste en dessous de la cage thoracique, le haut de votre dos et votre cage thoracique elle-même, votre poitrine, vos omoplates et vos épaules et, lorsque vous êtes prêt, redescendez vers les mains, les doigts et les pouces, les poignets et les avant-bras, les coudes, les parties supérieures des bras et à nouveau les épaules puis le cou, la gorge et le visage, puis la tête (TP).

Terminez en vous éloignant complètement du corps, permettant juste à la conscience de résider où elle le souhaite, simplement vigilante, alors que l'air circule aussi librement sans but et sans frontières de la même façon que les frontières entre le corps, l'esprit et le monde se brouillent et s'effacent dans un sentiment de quiétude, de complétude et d'appartenance, selon votre propre volonté, en cet instant, en paix, ici même (TPL).

Encadré 3.17 (Suite)

Et, maintenant, progressivement, rétablissez le contact avec votre corps, remuant peut-être vos orteils et vos doigts, vous étirant et bougeant un petit peu, massant peut-être votre visage et votre tête à l'aide de vos mains et de vos doigts et, lorsque vous vous sentez ainsi à l'aise, permettez à vos yeux de s'ouvrir et reposez-vous ainsi aussi longtemps que vous le souhaitez avant de vous lever ; et, alors que vous êtes allongé ici, évoquez l'éventualité d'apporter de la pleine conscience à chaque aspect de votre vie, de la sortie des poubelles à la préparation des repas, de la réparation de la voiture au nettoyage de la maison, du coucher au lever le matin, des étreintes aux paroles et à l'écoute, soignant ainsi votre vie et l'harmonisant à une aventure continue, dans la conscience, instant après instant, jour après jour.

Consigne pour les exercices à effectuer à domicile

Cette méditation gagnerait à être enregistrée sur support audio afin que les patients puissent l'écouter progressivement et s'en inspirer. À cela, des exercices de méditation assise classique et de *body scan* peuvent être ajoutés.

La séance 7 se termine avec un échange d'expérience sur cette méditation couchée.

Séance 8

Méditation de la montagne et *body scan* non guidé – 60 min

La dernière séance de ce protocole peut commencer, après un tour de table sur la pratique à domicile avec un *body scan* non guidé, suivi de l'exercice de la méditation de la montagne (issue des CD de Jon Kabat-Zinn). Elle peut être dirigée comme proposé dans l'encadré 3.18.

Encadré 3.18

Méditation de la montagne

Dans le cadre de cette méditation, vous avez la possibilité de vous asseoir sur le sol, sur un coussin ferme de manière à surélever vos fesses par rapport au sol et de permettre aux genoux d'être directement en contact avec le sol, légèrement en dessous des hanches de sorte que la partie inférieure de votre corps constitue une base stable à partir de laquelle s'élève la moitié supérieure, le dos étant droit, sans être raide, la tête maintenue dans l'alignement du cou et des épaules, permettant aux épaules d'être entièrement relâchées (vous pouvez essayer de les soulever vers les oreilles puis juste de les laisser retomber et placer vos mains soit sur les genoux, d'une façon confortable). Le recours à une chaise, dans le cas où être assis sur le sol est trop difficile, est bien sûr conseillé, l'important étant de trouver une position confortable.

Lorsque vous vous sentez à l'aise ainsi, autorisez vos yeux à se fermer doucement alors que vous portez votre attention sur le flux de votre respiration, ressentant chaque inspiration et chaque expiration, observant simplement votre respiration sans essayer de la modifier ou de la réguler d'une quelconque façon, permettant

Encadré 3.18 (Suite)

au corps d'être immobile, assis avec le sentiment de la dignité, un sentiment de réserve, un sentiment d'être abouti, entier, en cet instant particulier, avec votre posture, reflétant ce sentiment de complétude (TPL).
Et, alors que vous êtes assis là, représentez-vous dans votre esprit, du mieux que vous le pouvez, la plus belle montagne que vous connaissiez ou ayez vue ou pourriez imaginer, gardez juste cette image et la sensation de cette montagne à l'esprit, la laissant devenir de plus en plus précise, observant sa forme générale, son pic élevé pointant vers le ciel, la base large enracinée dans le roc de la croûte terrestre, ses versants abrupts ou en pente douce, constatant comme elle est massive, solide, inébranlable, magnifique, de loin comme de près (TP).
Peut-être le sommet de votre montagne est-il recouvert de neige et le bas des pentes parsemées d'arbres, peut-être a-t-elle un pic proéminent, peut-être une série de pics ou un haut plateau ; quelle que soit sa forme ou son apparence, soyez simplement assis et respirez avec l'image de cette montagne, l'observant, constatant ses qualités et, lorsque vous vous sentez prêt, voyez si vous pouvez transférer la montagne dans votre propre corps, de sorte que votre corps soit assis là et que la montagne représentée dans votre esprit en devienne réellement une, de manière à ce que, assis ici, vous partagiez la massivité, la quiétude et la majesté de la montagne, vous deveniez la montagne, enraciné dans une posture assise, votre tête devenant le haut pic soutenu par le reste du corps et offrant une vue panoramique.
Vos épaules et vos bras sont les versants de la montagne, vos fesses et vos jambes la base solide enracinée dans votre coussin ou votre chaise, expérimentant dans votre corps un sentiment d'élévation morale depuis le fin fond de votre colonne vertébrale, à chaque respiration alors que vous continuez à être assis, vous transformant un peu plus en une montagne respirante, inébranlable dans votre quiétude, telle une présence centrée, enracinée, fixe.
Maintenant, alors que vous êtes assis là, devenez conscient du fait que le soleil traverse le ciel, que la lumière, les ombres et les couleurs changent virtuellement, instant après instant, dans la quiétude du granit de la montagne, la nuit laissant place au jour puis le jour à la nuit, la voûte céleste constellée d'étoiles, la lune puis le soleil, la montagne simplement « assise » au milieu de tout cela, expérimentant le changement à chaque instant, changeant constamment en restant cependant simplement toujours la même, elle reste immobile au fil des saisons et des changements de temps (TP).
En été il n'y a pas de neige sur la montagne, à l'exception peut-être des pics très hauts ou des rochers escarpés protégés de la lumière directe du soleil, en automne la montagne peut revêtir un manteau de couleurs de feu éclatant. En hiver, une couverture de neige et de glace peut apparaître, il peut arriver en toute saison qu'elle se trouve enfouie sous les nuages ou le brouillard ou qu'elle soit cinglée par une pluie glaciale. Il se peut que des gens viennent voir la montagne et fassent des commentaires sur sa beauté ou sur le fait qu'il ne s'agit pas d'un jour faste pour la contempler car le temps est trop nuageux, pluvieux, couvert ou sombre ; aucun de ces paramètres ne viendra cependant perturber la montagne qui demeure en toutes circonstances centrée sur elle-même, que les nuages aillent et viennent, que les touristes l'admirent ou non, la magnificence et la beauté de la montagne ne sont en rien altérées par le fait que les gens la contemplent ou non, par le temps, par le fait qu'elle est visible ou non, au soleil ou sous les nuages, sous un soleil de plomb ou par un froid glacial, le jour ou la nuit.

Encadré 3.18 (Suite)

Elle est juste « assise » en étant elle-même, parfois soumise à de violentes tempêtes, frappée par la neige, la pluie et des vents d'une magnitude inimaginable. La montagne est « assise » au milieu de tout cela ; le printemps arrive, les oiseaux se remettent à chanter dans les arbres, les feuilles réapparaissent, les bourgeons éclatent dans les hauts pâturages et sur les pentes, les rivières se gonflent de l'eau provenant de la fonte des glaciers, la montagne continue à être « assise » au milieu de tout cela, inébranlable face au temps, à ce qui se passe à sa surface, au monde des apparences.

Et, de la même façon, lorsque nous sommes assis pour méditer, nous pouvons apprendre à expérimenter la montagne, nous pouvons incarner la même quiétude et le même enracinement inébranlables face à tout ce qui change au sein de nos propres vies, pendant des secondes, des heures, des années ; dans nos vies et dans notre pratique de la méditation, nous expérimentons constamment la nature changeante de l'esprit, du corps et du monde extérieur, nous traversons nos propres périodes de lumière et d'ombre, nos moments de couleur ou de souffrance, nous expérimentons certainement des tempêtes d'une intensité très forte et la violence du monde extérieur dans nos esprits et dans nos corps, cinglés par des vents violents, par le froid et par la pluie, nous endurons des périodes d'ombre et de douleur ainsi que des moments de joie et d'élévation morale, notre apparence elle-même se modifie constamment au gré de sa propre expérimentation des changements de temps (TP).

En devenant la montagne lors de notre pratique de la méditation, nous pouvons nous connecter à sa force et à sa stabilité et les mettre à profit pour nous-mêmes, nous pouvons utiliser ses énergies pour soutenir la nôtre, pour faire face à chaque moment avec pleine conscience, équanimité et clarté. Il peut nous être utile de constater que nos pensées et nos sentiments, nos préoccupations, nos émotions ou nos « tempêtes » en périodes de crise sont comparables aux changements de temps subis par la montagne. Ainsi, si lors de votre méditation assise, vous vous sentez résonner d'une quelconque façon avec la force et la stabilité d'une montagne, pensez que cette représentation peut vous être de temps en temps bénéfique lors de votre pratique de la méditation afin de vous rappeler ce qu'être assis en pleine conscience signifie, avec de la réserve et de la vigilance, dans une quiétude véritable.

Synthèse générale de la thérapie et évaluation finale – 60 min

Lors de cette dernière séance, une discussion avec le groupe de patient (ou individuellement) à propos de l'ensemble de la thérapie MBSR s'avère très intéressante et primordiale afin de mettre en lumière :

- les aspects positifs et négatifs des différentes séances ;
- les difficultés rencontrées par les patients ;
- les changements opérés chez eux au regard de la première séance ;
- l'influence de cet entraînement à la pleine conscience sur la gestion du stress (ou sur la pathologie traitée) ;

• les suites à donner à ces exercices et la sensibilisation sur l'importance de continuer à effectuer ces exercices et l'engagement dans une pratique quotidienne de changement et de mise en perspective.

Enfin, une évaluation finale peut être effectuée à l'aide des échelles utilisées lors de la première séance, afin de montrer les différences obtenues individuellement.

Ce protocole MBSR décliné de manière séquentielle et inspiré des travaux de Jon Kabat-Zinn se veut évolutif et adaptable en fonction de la pratique, de l'expérience du thérapeute et de la pathologie traitée. Notre objectif était de proposer une vision pédagogique et pragmatique aux différents utilisateurs. La déclinaison ou le suivi strict de ce protocole n'est pas recommandée, car le thérapeute doit se l'approprier et par conséquent, y mettre « sa touche », au regard des exercices clés proposés. À la différence d'autres protocoles thérapeutiques, la valeur ajoutée de celui-ci ne réside pas dans son application *stricto sensu*, mais de l'utilisation appropriée et personnelle de l'instructeur au regard de sa pratique. D'autres exercices peuvent être associés à cette approche comme des mouvements de tai-chi ou de qi-gong, considérés aussi comme des formes de méditation en mouvement. Ces 8 séances peuvent se prolonger et être complétées par une immersion d'une journée en séminaire continu sur la pleine conscience. Il constitue une base d'entraînement à la pleine conscience en vue de faire ressortir chez le patient un potentiel adaptatif et thérapeutique, que nous allons mettre en évidence dans le chapitre suivant.

Références

Berghmans, C., & Tarquino, C. (2009). La médiation comme stratégie psychothérapeutique complémentaire : une tentative de définition opérationnelle, soumis au *Journal des thérapies comportementales et cognitives*.

Kabat-Zinn, J. (2009). *Au cœur de la tourmente : la pleine conscience*. Bruxelles: De Boeck.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastroph living*. New York: Dell publishing.

Sayle, H. (1975). *Le stress de la vie, le problème de l'adaptation*. Paris: Gallimard.

Chapitre 4

Méditations, pathologies et santé : état des lieux clinique et recherches futures

Les recherches médicales et psychologiques sur l'efficacité de la pleine conscience et des approches thérapeutiques qui en découlent au niveau du maintien de la santé et du soin de la maladie tant physique que psychologique sont nombreuses dans le monde anglo-saxon et datent du début des années 1980, à la différence de la France, où celles-ci sont naissantes. Pour Baer (2003), les approches thérapeutiques MBSR et MBCT dans lesquelles il y a une présomption d'efficacité concernent l'anxiété, la dépression, des troubles des conduites alimentaires, la douleur chronique et certains troubles psychosomatiques (troubles de l'axe 1 du DSM-IV [Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition]), selon les critères de l'APA *(American Psychiatric Association)*. Cependant, il convient d'étudier d'une manière plus détaillée en quoi consiste cette efficacité et quelles modifications ces approches entraînent en termes curatifs et préventifs sur l'individu et de voir l'éclairage des nouvelles études publiées depuis les 15 dernières années. Par conséquent, certaines recherches clés utilisant ces approches thérapeutiques (MBSR et MBCT) seront présentées dans ce chapitre, en nous basant sur une revue de littérature récente sur la question (Berghmans & Tarquinio, 2009, in press[1])

1. Les études qui ont servi de base à notre travail ont été sélectionnées dans le cadre d'une revue de la littérature sur cette question (Berghmans, Tarquinio & Strub, 2009, in press). Nous avons tout d'abord recensé la plupart des publications parues entre janvier 1982 (date de publication des premières recherches sur le thème) et décembre 2009 sur les bases de données Medline, PsycINFO et Psyarticles en croisant les concepts de pleine conscience, MBSR et méditation sur la base de trois critères : 1. que les études soient publiées dans des revues à comité de lecture ; 2. que la procédure expérimentale évalue les mesures effectuées avant/après intervention, et compare le programme d'intervention ciblé à un groupe contrôle et/ou à une autre procédure thérapeutique ; 3. que la répartition des sujets dans les groupes soit randomisée. De plus, afin d'avoir une vision relativement exhaustive au niveau historique et clinique, nous avons fait le choix de nous intéresser également et de recenser toutes les études, publiées dans des revues à comité de lecture, non contrôlées (c'est-à-dire sans comparaison avec un groupe contrôle, à l'exception de trois études, et sans randomisation) de 1982 à 2007 répertoriées dans les mêmes bases de données : 39 études (sur 153) ont ainsi pu être identifiées selon ces critères, 18 contrôlées et 21 non contrôlées.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

qui sera additionnée d'études liées à des revues de littérature plus anciennes (Bishop et al., 2004 ; Baer, 2003 ; Grossman, Niemann, Schmidt & Wallach, 2003). Afin de présenter une vision exhaustive de ces recherches tant sur le plan temporel que qualitatif, des études contrôlées (randomisées et avec une comparaison avant/après intervention) et non contrôlées (non randomisées et sans comparaison avec un groupe contrôle) seront commentées et regroupées par champs thérapeutiques sachant que dans bon nombre de recherches, plusieurs indicateurs sont utilisés pour mesurer des domaines d'intervention différents. Six champs thérapeutiques seront mis en valeur et concernent les domaines suivants :

- les troubles affectifs et l'anxiété ;
- les modifications immunitaires et neurologiques ;
- la gestion de la douleur et la fibromyalgie ;
- la gestion du stress et la qualité de vie ;
- la dépression ;
- et une catégorie plus générale regroupant la vie de couple, les troubles dermatologiques et les troubles alimentaires.

Troubles affectifs et anxiété

Astin (1997) évalue les effets sur la santé, et plus précisément sur la détresse psychologique et son mode de *coping*, d'un programme de méditation en pleine conscience auprès d'une population d'étudiants (n = 28), répartie après randomisation dans un groupe expérimental et un groupe contrôle. L'auteur met en évidence une diminution significative des symptômes liés à la détresse psychologique. Il conclut que cette forme de méditation peut s'avérer être une stratégie d'adaptation efficace au niveau de la transformation des modes de réponse aux événements de la vie, et présenter un potentiel de prévention contre la rechute au niveau des troubles affectifs. Il souligne également l'intérêt de cette technique de méditation par son action sur la baisse de la détresse émotionnelle et l'augmentation du sens de contrôle.

Au niveau des études non contrôlées (tableau 4.1), Kabat-Zinn et al. (1992) évaluent l'impact d'un programme MBSR sur le GAD (*General Anxiety Disorder*) et constatent une diminution des symptômes dépressifs et de l'anxiété entre le début et la fin de l'intervention, ainsi qu'un maintien de ces changements après 3 mois. Ils rapportent aussi que 84 % des sujets continuent cette pratique après 3 mois en s'engageant dans une observance thérapeutique soutenue.

Tableau 4.1. **Études non contrôlées : MBSR/MBCT et anxiété**

Auteurs	Objectifs	Sujets	Protocoles	Mesures*	Résultats généraux
Kabat-Zinn et al. (1992)	Évaluer les effets d'un programme MBSR sur le GAD et sur l'anxiété (panique)	Méditation (n = 24) Pas de groupe contrôle 50 % des patients prennent des anxiolytiques durant l'intervention	Programme MBSR de 8 semaines	Beck et Hamilton (dépression, anxiété) *Fear survey schedule Mobility inventory for agoraphobia*	Baisse de la dépression et de l'anxiété entre la pré et la post-intervention avec maintien de ces changements à 3 mois ainsi que diminution de la peur et de l'agoraphobie
Miller et al. (1995)	Évaluer les effets d'un programme MBSR sur le GAD et sur l'anxiété (panique), reprise des travaux de Kabat-Zinn et al. (1992), 3 ans plus tard	Méditation (n = 18) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR 50 % des sujets suivent une psychothérapie additionnelle pour soigner l'anxiété	Beck et Hamilton (dépression, anxiété) *Fear survey schedule Mobility inventory for agoraphobia*	Changements observés maintenus après 3 ans 16 sujets pratiquent des techniques de pleine conscience et de focalisation sur la respiration 38 % des sujets pratiquent cette forme de méditation 3 fois par semaine

Tableau 4.1. *(Suite)*

Auteurs	Objectifs	Sujets	Protocoles	Mesures*	Résultats généraux
Weiss et al. (2005)	Étude de l'effet de la pratique MBSR comme thérapie associée à d'autres psychothérapies	Méditation (n = 15) Contrôle (n = 16) Groupe psychothérapeutique (N = 31)	Programme MBSR de 8 semaines	SCL-90-R (échelle de symptômes) Échelle de but de la thérapie	Pas de résultats significatifs entre les groupes
Gross (2004)	Étude de l'impact de la pratique MBSR au niveau de la dépression, de l'anxiété, du sommeil et de la qualité de vie chez des patients transplantés au niveau du pancréas	Méditation (n = 12) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	STAI-Y 1 (anxiété)	Amélioration de la qualité de sommeil et des symptômes de dépression et d'anxiété (après 3 mois)
Roth & Creaser (1997)	Étude de l'impact de la pratique MBSR sur la douleur chronique, la dépression, l'anxiété, le diabète et l'hypertension	Méditation (n = 72) (anglophone, n = 21, espagnole, n = 51) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	SCL-90-R Inventaire d'anxiété de Beck Inventaire d'estime de soi de Coopersmith et de Rosenberg	Amélioration significative pour toutes les mesures utilisées La méthode MBSR apporte du bien-être

Tableau 4.1. *(Suite)*

Auteurs	Objectifs	Sujets	Protocoles	Mesures*	Résultats généraux
Minor et al. (2006)	Étude de l'impact de la pratique MBSR sur le stress et l'humeur chez des patients prenant soin d'enfants malades	Méditation (n = 44) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	SOSI (stress) POMS (humeur)	Réduction des symptômes de stress de 32 % et amélioration significative de l'humeur chez les sujets ayant suivi la pratique MBSR

SCL : *Symptom Checklist* ; STAI-Y : *State-Trait-Anxiety Inventory* ; SOSI : *Symptoms of Stress Inventory* ; POMS : *Profile of Mood States*
*Les mesures sont effectuées avant/après intervention (8 semaines)

Miller, Fletcher et Kabat-Zinn (1995) reconduisent la recherche et le protocole de Kabat-Zinn (1992) 3 ans plus tard et indiquent que les changements observés sont maintenus après 3 ans avec 38 % des sujets qui pratiquent cette forme de méditation 3 fois par semaine. Ils concluent que l'approche MBSR n'est pas suffisante en tant que thérapie unique de soin de l'anxiété, toutefois, elle entraîne un impact positif sur la santé et constitue un atout thérapeutique supplémentaire. Elle s'inscrit dans une complémentarité avec une autre thérapie et son aspect intégratif est souligné.

Gross (2004), Roth et Creaser (1997) et Minor, Carlson, Mackenzie et Jones (2006) (*cf.* tableau 4.1) ont également étudié les effets de la pratique MBSR sur des patients anxieux : ils font état de remarques similaires et valorisent l'importance du bien-être qu'apporte cette pratique chez les patients concernés. Enfin, la recherche de Weiss, Nordlie et Siegel (2005) étudie les effets de la pratique MBSR sur la détresse psychologique comme thérapie associée à d'autres psychothérapies. Les auteurs rapportent sans mettre en évidence des résultats significatifs sur la diminution de la détresse psychologique que le fait de coupler une pratique MBSR à une psychothérapie en début de parcours mérite d'être étudié plus finement car on constate une meilleure réalisation du but thérapeutique dans le groupe méditant. Ceci accentue la complémentarité entre l'approche méditative de la pleine conscience et les psychothérapies plus traditionnelles et invite les praticiens à envisager de telles associations thérapeutiques.

La thérapie MBSR fait état des résultats intéressants sur la gestion de la détresse psychologique et de l'anxiété dans différentes pathologies. Des recherches additionnelles plus solides méthodologiquement s'avèrent indispensables.

Immunité, neurologie et santé

Le domaine neurologique a également été investigué par des recherches sur la méditation *via* l'approche MBSR. Les travaux exploratoires de Davidson et al. (2003), du laboratoire de neurosciences affectives de l'Université du Wisconsin, ont investigué dans le cadre d'une étude contrôlée comment la méditation en pleine conscience peut influer sur l'état de santé de l'organisme. Des recherches précises ont été effectuées avec le concours de moines bouddhistes qui mettent en lumière, pour la première fois, qu'un programme court de méditation en pleine conscience produit des changements positifs et durables sur le cerveau et le fonctionnement du système immunitaire. Les résultats suggèrent que la méditation de pleine conscience, longtemps promue comme une technique pour réduire l'anxiété et le stress, produirait également des effets biologiques importants qui améliorent la résistance immunitaire d'une personne. Après des mesures avant et après intervention, puis à 4 mois, les résultats indiquent que la pratique de la MBSR contribue aussi à augmenter l'activité cérébrale de l'hémisphère gauche associée à une baisse de l'anxiété (encadré 4.1) et de l'affect négatif, et à une amélioration de l'affect positif.

Les données obtenues au niveau des réponses immunitaires montrent aussi une fabrication d'anticorps plus rapide chez le groupe des méditants. Davidson en déduit que les émotions positives engendrées par la pratique méditative induisent un réel bénéfice immunitaire. L'auteur conclut à l'efficacité de la méthode sur la santé. Précisions enfin que des mesures neuro-anatomiques apporteraient des informations plus pertinentes, et que ces travaux mériteraient d'être complétés par des études additionnelles sont un nombre de sujets plus important.

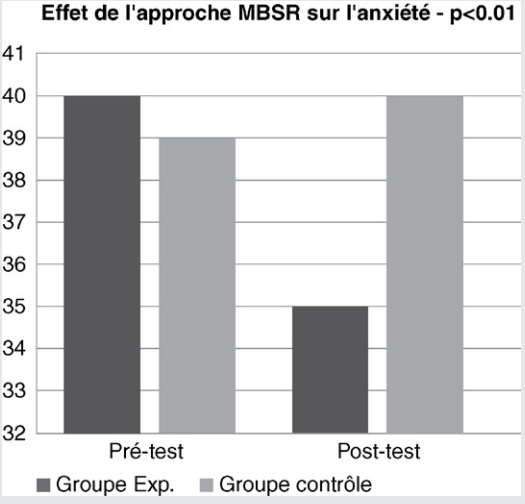
Au niveau des recherches non contrôlées, Carlson, Speca, Patel et Goodey (2004) étudient l'impact d'un programme MBSR sur différentes mesures biologiques dont le niveau de cortisol, la mélatonine et le DHEAS[2] chez des patients atteints du cancer du sein (n = 59) et de la prostate (n = 10). Ils constatent une diminution des paramètres immunitaires (IL-10, gamma interféron associés à la dépression) ainsi qu'une augmentation de l'indicateur IL-4 (qui est associé au ralentissement de l'augmentation des cellules cancéreuses *in vitro*). Ces résultats soulignent

2. Déhydroépiandrostérone sulfate.

Encadré 4.1

Davidson et al. (2003) – Anxiété et MBSR

L'anxiété a été mesurée au début et à la fin de la prise en charge MBSR (sur 8 semaines) à l'aide de l'échelle SSTAI (*Spielberger State Trait Anxiety Inventory*, Spielberger et al., 1983). Les résultats montrent une baisse significative de cette mesure sur le groupe ayant pratiqué la *mindfulness* à la fin du protocole.



l'intérêt d'un effet biologique direct sur la maladie et pas seulement sur l'humeur du patient. Cependant, des études additionnelles, contrôlées, dans ce domaine s'avèrent indispensables afin de valider ces résultats.

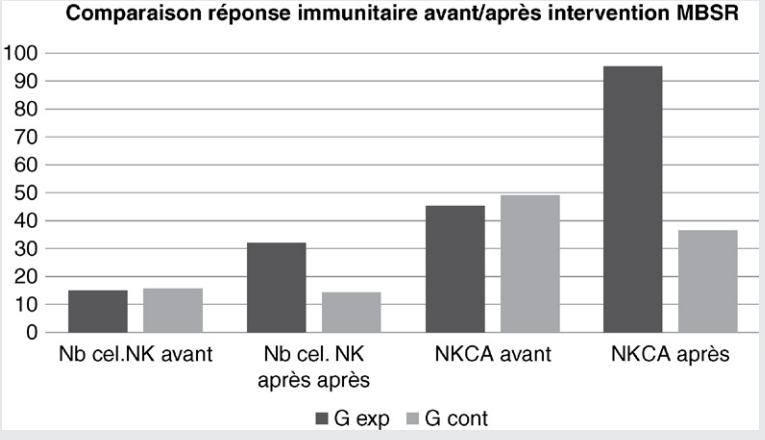
Robinson, Mathews et Witek-Janusek (2003) font état de travaux similaires (encadré 4.2). En effet, ils étudient l'impact du programme MBSR sur, entre autres, les fonctions endocrines et immunitaires chez des patients atteints du VIH (virus de l'immunodéficience humaine) et constatent que le nombre de cellules NK (*Natural Killer*) augmente significativement chez les patients du groupe MBSR.

Parallèlement, Masson, Teas, Herbert, Wertheimer et Kabat-Zinn (1995), dans une recherche quasi expérimentale sur l'impact du programme MBSR sur l'augmentation du niveau de mélatonine, montrent un effet du groupe méditant en comparaison au groupe contrôle en termes de variation de la mesure. Cette étude souligne l'intérêt d'utiliser la mélatonine comme indicateur de mesure et accentue le concept d'interaction psychophysiologique.

Encadré 4.2

Robinson et al. (2003) – Réponse immunitaire et MBSR

Dans le cadre d'une étude quasi expérimentale (non randomisée) sur l'impact de l'approche MBSR sur la réponse immunitaire (nombre de cellules NK, et activité des cellules NK) chez des patients atteints du VIH, avec une comparaison avant/après, 34 sujets (n = 24 en groupe expérimental et n = 10 en groupe contrôle) ont participé à cette recherche et ont été formés à l'approche MBSR. Les sujets du groupe expérimental ont participé à 8 semaines d'entraînement MBSR avec des exercices à domicile. Les résultats sont les suivants :
On note très clairement une modification systématique de la réponse immunitaire (mesurée par le nombre de cellules NK et leur activité) après l'intervention MBSR, en comparaison avec le groupe contrôle. La régulation du stress obtenue par l'approche MBSR a des effets certains sur la réponse immunitaire. Bien sûr, il conviendrait de développer ces recherches en identifiant ce qui intervient exactement dans la réponse immunitaire, au sein de la démarche MBSR.



On constate que les recherches en lien avec l'immunité et les aspects neurologiques en sont à leurs balbutiements en montrant des signes encourageant et positif soulignant l'influence de la méditation sur la santé. C'est un domaine de pointe qui sera développé dans le chapitre 5, et qui apporterait des éclairages très intéressants sur le principe d'action de la méditation et ses effets sur le cerveau et le système immunitaire. On ne peut qu'encourager la recherche à aller dans cette direction en développant de nouveaux indicateurs de mesures.

Gestion de la douleur et fibromyalgie

Le domaine de la gestion de la douleur dans les maladies chroniques et dans d'autres formes de pathologies comme la fibromyalgie a suscité d'intéressantes recherches au niveau des effets de la pleine conscience, *via* la thérapie MBSR.

Morone et al. (2008) étudient l'impact d'une session MBSR (encadré 4.3) sur le mal de dos chronique chez des patients adultes ayant plus de 65 ans, leur objectif étant de voir si cette approche thérapeutique peut être utile et pertinente dans cette population, dans la gestion de la douleur chronique.

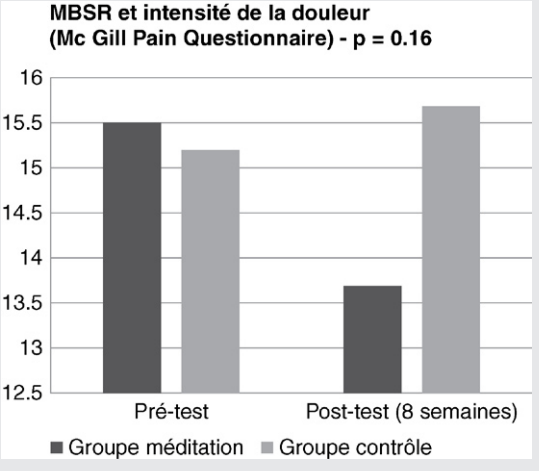
Encadré 4.3

Morone et al. (2008) – Gestion de la douleur et MBSR

Cette recherche contrôlée (randomisée avec comparaison avant/après) illustre l'influence du programme MBSR de 8 semaines, mettant l'accent sur les exercices de *body scan*, de méditation assise et de marche, chez des patients confrontés à la gestion clinique de la douleur. Dans le groupe expérimental (n = 19), les patients étaient invités à pratiquer à domicile les exercices appris lors du programme. En moyenne, les participants du groupe expérimental se sont entraînés à la pleine conscience *via* ces exercices durant 30 minutes par jour. Le groupe contrôle (n = 18) n'a reçu aucune consigne. Les mesures ont été effectuées avant le programme, à la fin du programme (8 semaines). Les échelles de mesure utilisées étaient les suivantes :

- pour l'intensité de la douleur :
  - le questionnaire de douleur de Mc Gill (MPQ-SF) (Melzack, 1987),
  - l'échelle de douleur SF-36 (Hays, Prince-Embury & Chen, 1998).

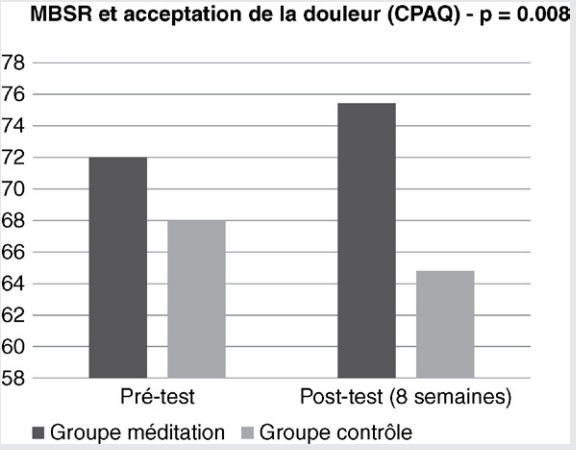
Dans les deux échelles mentionnées, on ne constate pas de diminution significative, bien qu'une tendance se manifeste en termes de diminution de l'intensité de la douleur.



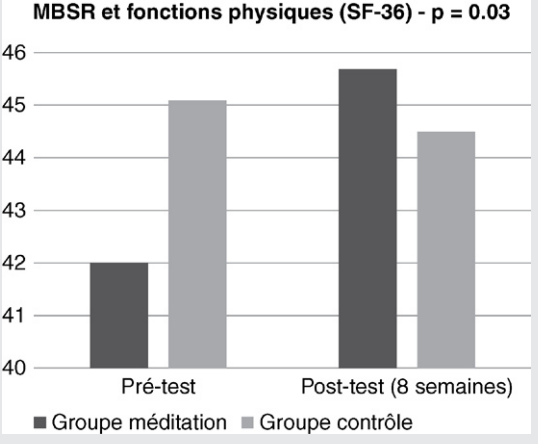
- pour l'acceptation de la douleur : le questionnaire d'acceptation de la douleur chronique (CPAQ : *Chronic Pain Acceptance Questionnaire*) (McCracken, Carson, Eccleston & Keefe, 2004).

Les résultats montrent de manière significative une meilleure acceptation de la douleur après la session MBSR.

Encadré 4.3 (Suite)



• pour la santé générale : l'échelle des fonctions physiques SF-36.
Une amélioration significative des fonctions physiques est constatée dans le groupe MBSR.



Au regard de ces indicateurs (acceptation et santé générale), on constate les effets thérapeutiques d'une thérapie MBSR chez des patients faisant face à la douleur chronique. La douleur est perçue d'une autre façon, en termes d'acceptation et de prise de recul de la part du patient. Le concept d'acceptation étant central dans la pleine conscience, on voit ici son effet thérapeutique direct.

Plews-Ogan, Goodman, Wolfe et Schorling (2005) dans une étude contrôlée comparent l'efficacité d'un programme MBSR et une pratique de massage chez des patients (n = 22) d'une moyenne d'âge de 46 ans, atteints de douleurs musculo-squelettiques chroniques (n = 5 pour

le groupe MBSR, n = 9 pour le groupe massage, n = 8 pour le groupe contrôle). Les données observées de la pratique du massage vont dans le sens d'un impact positif sur le caractère déplaisant de la douleur même s'il diminue avec le temps. Les résultats de la MBSR ne montrent pas d'effets significatifs sur la gestion de la douleur. Toutefois, un effet positif sur la santé mentale après 12 semaines de pratique se manifeste et semble persister une fois le traitement terminé. Tout en restant prudent, la démarche MBSR suggère des perspectives encourageantes sur le plan de la santé physique et psychique. Ce constat invite à des recherches futures qui doivent améliorer le cadre méthodologique de ces investigations (représentativité des échantillons, observance thérapeutique). Les deux pratiques, MBSR et massage, apparaissent comme prometteuses dans le traitement de cette pathologie.

Au niveau des recherches non contrôlées (tableau 4.2), Kabat-Zinn (1982 ; 1985) a mené plusieurs études sur la gestion de la douleur et constate une amélioration de cette dernière *via* la pratique MBSR. De même, la recherche de Kabat-Zinn, Lipworth, Burney et Sellers (1987) sur les douleurs musculo-squelettiques ainsi que celle de Randolph, Caldera, Tacone et Greak (1999) sur les douleurs chroniques montrent une diminution des symptômes algiques. Sur le plan longitudinal, l'étude de Kabat-Zinn rapporte que 50 % des sujets poursuivent la pratique méditative après une année et 30 % après 4 ans.

Les recherches sur les effets de la thérapie MBSR sur la gestion de la douleur sont très encourageantes. Même si toutes les mesures effectuées ne sont pas significatives, on constate une amélioration de la gestion de la douleur chronique et un bien-être manifeste chez les patients. C'est plus la relation que les patients entretiennent avec la douleur qui se modifie en termes de re-perception, de prise de distance et d'acceptation, qu'une diminution de la douleur. Des recherches méthodologiquement plus solides seraient un atout certain permettant de valider l'impact de cette approche.

Au niveau des études traitant de patients atteints de fibromyalgie[3], la thérapie MBSR a donné des résultats intéressants. Cette affection caractérisée par des douleurs musculaires chroniques est associée à des épisodes de stress, de dépression et de modifications de l'humeur (Blackburn-Munro & Blackburn-Munro, 2001 ; Fishbain, Cutler, Rosomoff & Rosomoff, 1997). L'approche MBSR s'avère une prise en charge pertinente dans cette pathologie en termes d'aide aux malades dans la gestion de la douleur, comme le montrent les recherches présentées dans l'encadré 4.4.

3. La fibromyalgie désigne le syndrome polyalgique idiopathique diffus (SPID), ou FMS en anglais (pour *Fibromyalgia Syndrome*). Cette affection est caractérisée par un état douloureux musculaire chronique (myalgies diffuses) étendu à diverses régions du corps, notamment présente sous forme d'allodynie tactile, ainsi qu'une asthénie (fatigue) persistante.

TABLEAU 4.2. **Études non contrôlées : MBSR et douleurs chroniques**

Auteurs	Objectifs	Sujets	Protocoles	Mesures	Résultats généraux
Kabat-Zinn (1982)	Évaluer l'approche MBSR sur les douleurs chroniques	Méditation (n = 51) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	POMS (humeur) SCL-90-R GSI	50 % des sujets font état d'une réduction de la douleur
Kabat-Zinn et al. (1985)	Évaluer l'approche MBSR sur les douleurs chroniques	Méditation (n = 90) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	SCL-90-R *Mc Gill pain questionnaire* POMS	Amélioration des mesures pour plus de 55 % des sujets, jusqu'à 75 % pour l'humeur
Kabat-Zinn et al. (1987)	Observer et suivre la pratique MBSR après la formation jusqu'à 4 ans	Méditation (n = 225) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	PRI POMS SCL-90-R BPPA	Diminution de la douleur entre pré et post-intervention Après 1 an, seulement 50 % des sujets continuent leur pratique méditative à raison de 3 fois par semaines et 30 % après 4 ans

Tableau 4.2. *(Suite)*

Auteurs	Objectifs	Sujets	Protocoles	Mesures	Résultats généraux
Randolph et al. (1999)	Étudier l'impact de la pratique MBSR sur la gestion de la douleur chronique	Méditation (n = 78) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines Programme médicamenteux couplé	POMS *Pain beliefs*	Efficacité de la pratique MBSR en termes de bien-être mais nécessité d'une optimisation de la rigueur méthodologique afin de confirmer ces résultats

POMS : *Profile of Mood States* ; SCL : *Symptom Checklist* ; PRI ; BPPA

Encadré 4.4

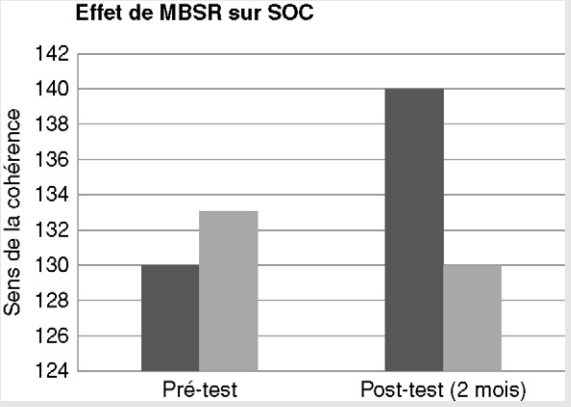
Weissbecker et al. (2002) – MBSR et fibromyalgie

Cette étude contrôlée (randomisée avec comparaison avant/après intervention) avait pour objectif d'étudier l'impact de l'approche thérapeutique MBSR sur le sens de la cohérence (SOC) chez des patients (n = 91 : n = 51 pour le groupe expérimental, n = 40 pour le groupe contrôle) atteints de fibromyalgie. Le sens de la cohérence est conceptualisé comme la disposition à expérimenter, à vivre la vie comme étant pertinente, ayant du sens et étant gérable. Cette façon de voir le monde a un effet positif sur des patients se trouvant dans des difficultés de vie liées à la maladie. La fibromyalgie est une affection touchant de nombreux patients consultant les services de rhumatologie. Elle est liée à la gestion du stress (Crofford & Demitrack, 1996). Les recherches suggèrent un effet protecteur du SOC sur la santé en situation stressante.

Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'impact du SOC sur l'ajustement psychologique à la maladie caractérisée par le stress et des états dépressifs chez des patients fibromyalgiques. L'ajustement pourrait se faire de deux façons. D'une part, un haut niveau de SOC entraînerait un meilleur ajustement, et d'autres part, le SOC pourrait amortir, voire diminuer les effets des symptômes fibromyalgiques (douleur, fatigue) sur la détresse psychologique mesurée (PSS – stress perçu, BDI – inventaire de dépression, FIQ – questionnaire en lien avec la fibromyalgie)*. Enfin, les effets de la MBSR sont explorés après 8 semaines de traitement.

Les résultats montrent que le SOC n'a pas d'effet modérateur significatif sur la détresse psychologique. Toutefois, le SOC augmente après une intervention MBSR.

Encadré 4.4 (Suite)



Ceci invite les chercheurs à continuer les recherches sur les effets protecteurs de la *mindfulness* sur la gestion de la douleur.

* PSS : *Perceived Stress Scale* (Cohen et al., 1983) ; BDI : *Beck Depression Inventory* (Beck et al., 1988) ; FIQ : *Fibromyalgia Inventory Questionnaire* (Burckhardt et al., 1991).

Enfin, citons deux recherches (Goldenberg, Kaplan, Nadeau, Brodeur, Smith & Schmidt, 1994 ; Kaplan, Goldenberg & Galvin-Nadeau, 1993) mettant en évidence les effets positifs de la MBSR sur la gestion de la douleur chez des patients atteints de fibromyalgie (tableau 4.3).

Au même titre que la gestion du stress, la méditation de pleine conscience peut apporter une réelle valeur ajoutée aux patients souffrant de douleur chronique afin de leur permettre de mieux gérer leur pathologie en changeant la relation qu'ils peuvent entretenir avec leur souffrance.

Gestion du stress et qualité de vie

Au niveau des études contrôlées, Shapiro, Shwartz et Bonner (1998) évaluent les effets du programme MBSR chez des professionnels de la santé (n = 28) au niveau du stress, de la qualité de vie et du bien-être, et constate les bénéfices potentiels de cette intervention d'après les données quantitatives recueillies ainsi que des bénéfices supplémentaires d'après les réponses aux questions ouvertes posées à la fin du programme. Précisément, comparés au groupe contrôle, les effets d'une pratique MBSR montrent une réduction significative du stress perçu et une augmentation de la compassion. De plus, les auteurs rapportent dans la condition MBSR des changements positifs plus favorables sur l'ensemble des variables examinées.

Tableau 4.3. **Études : MBSR et fibromyalgie**

Auteurs	Objectifs	Sujets	Protocoles	Mesures	Résultats généraux
Goldenberg et al. (1994)	Étudier l'impact de la formation MBSR sur des sujets souffrant de fibromyalgie	Méditation (n = 79) Contrôle, liste d'attente (n = 18)	Programme de méditation MBSR de 8 semaines	SCL-90-R FIQ VAS (douleur, sommeil)	67 % des sujets font état d'une amélioration des symptômes *via* le groupe contrôle. Les changements positifs au niveau de la maladie sont en amélioration de 16 % chez les sujets méditant *via* le groupe contrôle.
Kaplan et al. (1993)	Étudier l'impact de la technique MBSR sur la fibromyalgie	Méditation (n = 59) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	VAS SCL-90-R FIQ	50 % des sujets montrent une amélioration de 25 % sur plus de 50 % des indicateurs de mesures et 19 % des sujets font état d'une amélioration de 50 % sur plus de 50 % des indicateurs de mesure.

SCL : *Symptom Checklist* ; FIQ : *Fibromyalgie Inventory Questionnaire* ; VAS

Les participants à ladite condition révèlent une plus grande satisfaction de la vie, une diminution du *burn-out* et de la détresse.

Dans une recherche de 2005 faisant suite à celle de 1998, Shapiro constate dans le groupe des méditants une baisse significative du stress et une augmentation de la compassion, ainsi qu'une plus grande satisfaction de la vie, une diminution du *burn-out* et une baisse de la détresse psychologique. La pratique MBSR rend compte d'un réel avantage en termes de management du stress, de manière significative.

Speca, Carlson, Goodey et Angen (2000) ont mesuré les effets d'un programme MBSR sur les troubles de l'humeur et les symptômes de stress chez des patients cancéreux. Les résultats démontrent qu'un programme de méditation en pleine conscience relativement court peut réduire de façon efficace la perturbation de l'humeur, la fatigue et un large spectre de symptômes liés au stress chez les cancéreux. Les auteurs observent de meilleurs résultats chez les patients qui ont pris part aux sessions et qui méditent plus longuement. L'alliance dans des problématiques cancéreuses entre des thérapies médicamenteuses et psychologiques comme la méditation en pleine conscience est une piste thérapeutique très importante qu'il faut renforcer.

En 2009, Berghmans et Tarquinio (2009, in press) étudient l'impact de l'approche MBSR sur la gestion du stress chez des étudiants de troisième cycle (encadré 4.5).

En termes de qualité de vie et de bien-être, Williams, Kolar, Reger et Pearson (2001) ont évalué les effets d'un programme de méditation en pleine conscience basé sur le bien-être dans la réduction de symptômes psychologiques et médicaux. Ils constatent que cette pratique améliore la santé mentale et physique par son action sur la réduction du stress. Les résultats indiquent des diminutions significatives des effets des soucis quotidiens, de la détresse psychologique, des symptômes médicaux, avec un maintien à 3 mois.

Dans ce même ordre d'idée, l'étude de Nyklicek et Kuijpers (2008) présente des résultats intéressants sur l'effet de l'approche MBSR sur la qualité de vie et le bien-être psychologique (l'encadré 4.6).

Au niveau des études non contrôlées (tableau 4.4), Tacon, Caldera et Ronaghan (2004), ainsi que Carlson et Garland (2005) et Minor et al. (2006) évaluent l'impact de la pratique MBSR sur le stress chez des femmes atteintes de cancer du sein et mettent en évidence une amélioration de cet indicateur en termes de réduction des symptômes de stress, alors que Marcus, Fine, Moeller, Khan, Pitt et Liehr (2003), ainsi que Robinson et al. (2003) ne constatent quant à eux pas de modification des indicateurs de stress dans des études portant respectivement sur des patients en cours de désintoxication et des patients porteurs du VIH. Des études contrôlées permettraient d'optimiser la clarification du lien exact entre MBSR et réduction de stress.

Encadré 4.5

Gestion du stress chez des étudiants

Dans le cadre d'une étude contrôlée (randomisée avec comparaison avant/après traitement), 19 étudiants (10 pour le groupe MBSR et 9 pour le groupe contrôle) ont été inclus dans cette étude visant à analyser l'impact de l'entraînement à la pleine conscience dans le cadre d'un protocole MBSR de 8 semaines. Les résultats suivants montrent un effet significatif en termes de baisse du stress perçu (PSS), de la santé en général (GHQ, et particulièrement pour la dimension liée à l'anxiété-insomnie) et de la dépression (HAD)*. Ces résultats ont perduré 2 mois après la fin de la thérapie au niveau du stress perçu et de l'anxiété.

	MBSR (n=10)			Contrôle (n=9)		
Mesures (m ± σ)	**Pré**	**Post**	***p-value****	**Pré**	**Post**	***p-value****
Stress perçu	3,18 ± 0,44	2,84 ± 0,51	0,008	2,79 ± 0,37	2,87 ± 0,35	0,499
GHQ	2,15 ± 0,48	1,68 ± 0,37	0,001	1,69 ± 0,34	1,73 ± 0,24	0,669
Symptômes physiques	2,43 ± 0,84	1,84 ± 0,58	0,035	1,76 ± 0,40	2,05 ± 0,54	0,098
Anxiété-insomnie	2,64 ± 0,67	1,97 ± 0,73	0,005	1,89 ± 0,60	1,86 ± 0,49	0,77
Dépression sévère	1,36 ± 0,32	1,10 ± 0,18	0,024	1,32 ± 0,38	1,11 ± 0,12	0,072
Dysfonctionnement social	2,16 ± 0,39	1,83 ± 0,50	0,033	1,79 ± 0,50	1,90 ± 0,34	0,399
HAD						
Anxiété	2,41 ± 0,57	2,00 ± 0,48	0,025	1,97 ± 0,28	2,05 ± 0,36	0,366

Encadré 4.5 (Suite)

	MBSR (n=10)			Contrôle (n=9)		
Mesures (m ± σ)	**Pré**	**Post**	***p-value****	**Pré**	**Post**	***p-value****
Dépression	1,84 ± 0,47	1,43 ± 0,42	0,007	1,70 ± 0,19	1,39 ± 0,28	0,011

(α = 5 % = 0,05)

Ces résultats sont très encourageants et appellent à des recherches supplémentaires sur une population différente en insistant sur l'importance de l'observance thérapeutique qui n'a pas été grandement suivie, malgré des résultats pertinents.

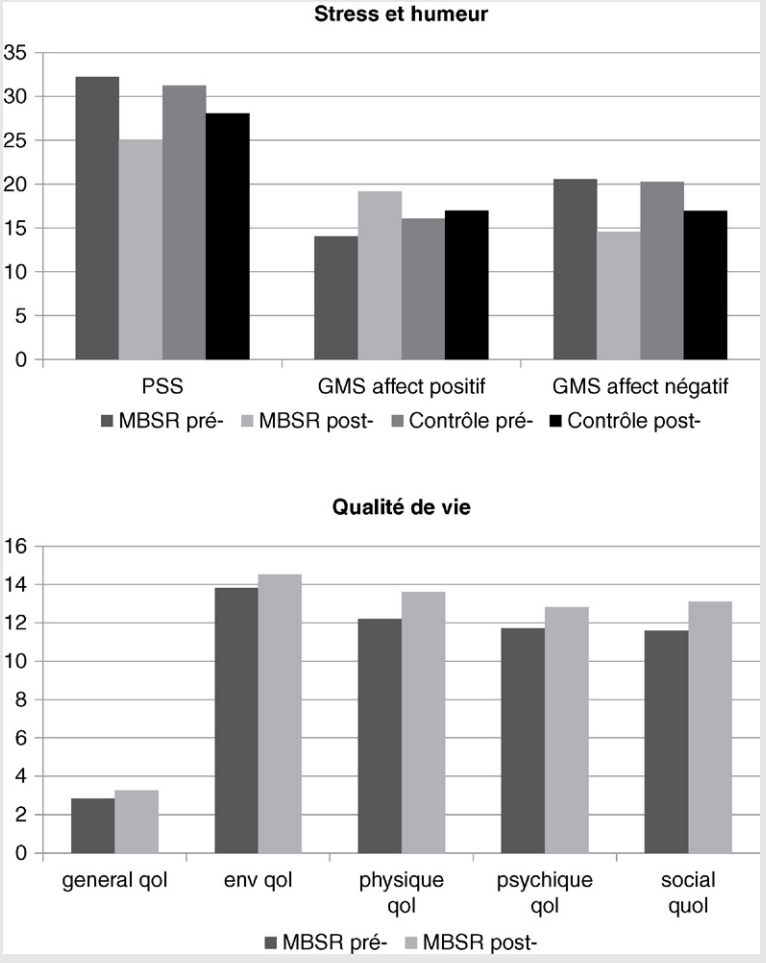
*GHQ : *General Health Questionnaire* (Swallow et al., 2003) ; HAD : *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond & Snaith, 2007)

Encadré 4.6

Nyklicek & Kuijpers (2008) – Qualité de vie et bien-être psychologique

Cette étude contrôlée (randomisée avec comparaison avant/après intervention) avait pour objectif d'évaluer l'effet du programme MBSR sur la détresse, le bien-être psychologique et la qualité de vie chez une population en situation de stress. 57 sujets (n = 27 groupe expérimental, n = 30 groupe contrôle) ont été inclus, avec une mesure avant et après intervention. Les mesures du stress perçu (PSS), de l'humeur (GMS) et de la qualité de vie (WHOQOL)* ont été effectuées. Les résultats étaient les suivants :
La MBSR amène à une moindre détresse, une meilleure qualité de vie, une meilleure humeur de manière significative. Ces résultats nous invitent à développer la recherche dans ce domaine en identifiant si c'est la pratique globale MBSR qui agit ou certains de ses sous-éléments.

Encadré 4.6 (Suite)



* GMS : Global Mood Scale (Denollet, 1993) ; WHOQOL : World Health Organization Quality of Life (WHOQOL Group, 1998)

Tableau 4.4. **Études non contrôlées : MBSR et stress**

Auteurs	Objectifs	Sujets	Protocoles	Mesures	Résultats généraux
Tacon et al. (2004)	Étudier l'impact de la pratique MBSR sur l'anxiété et le stress chez des femmes atteintes de cancer du sein	Méditation (n = 27) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	Stress Anxiété	Amélioration des indicateurs de stress et d'anxiété et meilleur ajustement en termes de perception de la maladie
Carlson & Garland (2005)	Étudier l'impact de la pratique MBSR sur le stress, l'humeur, le sommeil et la fatigue chez des patients cancéreux	Méditation (n = 63) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	Stress Humeur Sommeil	Réduction du stress, de la fatigue et amélioration de l'humeur ainsi que meilleure qualité de sommeil. La pratique de la pleine conscience *via* MBSR offre une aide significative dans ces problématiques.

Tableau 4.4. *(Suite)*

Auteurs	Objectifs	Sujets	Protocoles	Mesures	Résultats généraux
Marcus et al. (2003)	Étudier l'impact de la pratique MBSR sur des indicateurs physiques et psychologiques de stress chez des patients en traitement de désintoxication	Méditation (n = 21) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	PSS Taux de cortisol salivaire au réveil	Baisse significative du taux de cortisol salivaire chez les sujets. Pas de changement au niveau de la mesure du stress. Cette étude accentue le fait de l'influence de la pratique MBSR sur des réponses physiologiques du stress et valorise l'utilisation du cortisol salivaire comme indicateur de mesure physiologique du stress.
Robinson & Mathews (2003)	Étudier l'impact de la pratique MBSR sur le stress, l'humeur, les fonctions endocrines et immunitaires chez des patients porteurs du VIH	Méditation (n = 46), 24 sujets terminent l'intervention Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	PSS POMS DHEAS, cortisol	Pas de changements significatifs

PSS : *Perceived Stress Scale* ; POMS : *Profile of Mood States* ; DHEAS : déhydroépiandrostérone sulfate

Au niveau de la mesure de la qualité de vie, la recherche de Roth et Robbins (2004) sur l'impact de la pratique MBSR sur la santé, la qualité de vie, le sommeil et l'harmonie familiale chez des patients en centre de soins, d'origine langagière hispanique et anglaise, montrent une amélioration significative de 5 des 9 mesures de santé du SF-36 mais pas d'amélioration au niveau de la qualité du sommeil ou de l'harmonie familiale. La pratique MBSR est considérée comme pertinente et efficace comme programme de médecine comportementale. Enfin, Carlson, Speca, Patel et Goodey (2003) ainsi que Reibel, Greeson, Brainard et Rosenzweig (2001) constatent une augmentation de la qualité de vie, ainsi qu'une baisse de l'anxiété et des symptômes de dépression suite à un programme MBSR chez des patients atteints de cancer du sein et de la prostate.

Ce champ thérapeutique fait état de résultats convaincants permettant de valider la thérapie MBSR comme mode de prise en charge de la gestion du stress entraînant une amélioration de la qualité de vie. Ce domaine nécessite également une multiplication des recherches contrôlées afin d'accentuer les effets positifs de la méditation de pleine conscience.

Dépression

Les études sur les effets de la méditation de pleine conscience sur la dépression sont moins nombreuses (tableau 4.5). On doit surtout saluer les recherches de Teasdale, Segal, William, Ridgeway, Soulsby et Lau (2000) qui ont évalué dans le cadre d'une recherche contrôlée un programme MBCT sur le taux de rechute et de récidive de patients guéris d'une dépression majeure et mettent en évidence que chez les sujets ayant vécu au moins trois épisodes dépressifs, le programme de la MBCT réduit le risque de rechute de manière significative par rapport aux patients assignés au traitement habituel. Les auteurs relèvent qu'il n'y a pas d'effet prophylactique de la MBCT lorsque les patients présentent seulement deux épisodes de dépression antérieurs. Les effets bénéfiques de la MBCT se traduisent par une réduction de près de la moitié du taux de rechutes/récidives au cours de la période de suivi en comparaison au traitement habituel.

Tableau 4.5. **Études contrôlées : MBSR et stress**

Auteurs	Objectifs	Sujets	Protocoles	Mesures	Résultats généraux
Pradhan et al. (2007)	Étudier l'impact de la formation MBSR sur les symptômes dépressifs, la détresse psychologique, le bien-être et la pleine conscience chez des personnes atteintes d'arthrite rhumatoïde. Mesures avant, après et à 4 mois après l'intervention.	Méditation (n = 31) Contrôle, liste d'attente (n = 32)	Programme MBSR en 8 sessions de 2 h 30 et une journée de retraite + pratique journalière de 45 min 6 jours/semaine	SCL-90-R (symptômes dépressifs et détresse psychologique) *Desease Activity Score* 28 : évaluation de l'intensité de la polyarthrite rhumatoïde. *Psychological Well being Scale* MAAS (échelle de pleine conscience)	La méditation de pleine conscience n'amène pas à une amélioration significative des différentes variables en fin de protocole. À 6 mois : amélioration du bien-être et diminution de la détresse psychologique pour le groupe traité (avec une bonne observance thérapeutique après le protocole). Tendances significatives pour les symptômes dépressifs et la pleine conscience. Aucune différence significative observée en fonction de la durée de la pratique quotidienne dans l'ensemble du protocole. En revanche, influence de la fréquence de la pratique quotidienne sur les résultats à 2 mois. De plus, influence de la durée de la pratique quotidienne pendant les 2 premiers mois sur les résultats à 6 mois.

Tableau 4.5. *(Suite)*

Auteurs	Objectifs	Sujets	Protocoles	Mesures	Résultats généraux
Sephton et al. (2007)	Étudier l'impact du programme MBSR sur les symptômes dépressifs auprès de femmes atteintes de fibromyalgie. Mesures avant, après et à 2 mois après l'intervention.	Méditation (n = 51) Contrôle, liste d'attente (n = 40)	Programme MBSR en 8 sessions de 2 h 30 + pratique journalière de 30 à 45 min par j pendant 6 j + une journée de retraite	FIQ Échelle visuelle analogique (douleur) *Stanford Sleep Questionnaire* BDI	Diminution des symptômes dépressifs chez les femmes atteintes de fibromyalgie en post-intervention et 2 mois après en comparaison au groupe contrôle
Teasdale & al. (2000)	Évaluer une pratique de la MBCT sur le taux de rechute et de récidive chez des patients guéris d'une dépression majeure	MBCT (n = 76) : méditation + traitement habituel Contrôle (n = 69)	8 sessions de 2 h/ semaine de formation en groupe avec exercices quotidiens à la maison	HRSD (sévérité dépression) BDI (dépression)	Chez les patients ayant vécu au moins trois épisodes dépressifs le programme : réduction significative par la MBCT du risque de rechute par rapport aux patients assignés au traitement habituel

SCL : *Symptom Checklist ; MAAS : Mindful Attention Awareness Scale ; FIQ : Fibromyalgia Inventory Questionnaire ; BDI : Beck Depression Inventory ; HSRD : Hamilton Rating Scale for Depression*

Pradhan et al. (2007) et Sephton et al. (2007) illustrent les effets positifs de la thérapie MBSR sur des patients souffrant de dépression, en lien avec d'autres pathologies.

Autres domaines

Dans un domaine plus physiologique, Kabat-Zinn et al. (1998) évaluent dans le cadre d'une étude contrôlée l'influence d'une intervention MBSR par l'intermédiaire d'enregistrement audio, sur la vitesse à laquelle le psoriasis régresse chez des patients subissant des traitements de photothérapie (UVB) et de photochimiothérapie (PUVA). Les données de l'étude suggèrent que la régression des lésions de la peau peut être accélérée quand les sujets s'engagent pendant leur traitement UVA ou PUVA dans un exercice de réduction de stress guidé par des enregistrements audio. Les résultats prouvent que les patients en condition MBSR atteignent le « point à mi-chemin » (HP) et le « point de dégagement » (CP) significativement plus rapidement que ceux qui sont dans la condition contrôle (sans enregistrement audio) à la fois pour les traitements UVA et PUVA. Des recherches supplémentaires dans ce domaine s'avèrent nécessaires.

Il convient également de mentionner, en termes d'études contrôlées, les travaux de Carson, Carson, Gil et Baucom (2004) qui se centrent sur l'impact d'un programme MBSR sur l'interaction et l'amélioration de la vie de couple en montrant que les résultats de cette étude fournissent des éléments empiriques solides qui valident la pertinence et l'efficacité de la pratique MBSR pour la mesure du bonheur et de la détresse dans un couple ainsi que sa pérennité. L'efficacité de la pratique MBSR se manifeste au niveau de la gestion du stress, du *coping*, et des interactions de vie au sein d'un couple. Cette étude est prometteuse en termes de thérapie alternative pour l'amélioration de la vie en couple lors de demande d'aide.

Shapiro (Shapiro, Bootzin, Figueredo, Lopez & Schwartz, 2003) a également mis en évidence, dans le cadre d'une recherche contrôlée sur les troubles du sommeil, une amélioration des mesures de la qualité du sommeil dans les deux conditions expérimentales effectuées (MBSR *vs* contrôle), mais pas sur l'efficacité du sommeil. Les participants du groupe MBSR engagés dans une pratique plus soutenue rapportent de meilleures sensations de repos au réveil.

Enfin, mentionnons les travaux de Kristeller et Halett (1999) qui étudient l'impact de la technique MBSR sur les troubles alimentaires et mettent en évidence une diminution de ces troubles et des états psychologiques dépressifs qui l'accompagnent.

Par conséquent et au regard de ces nombreuses recherches, la pratique MBSR et par extension la pratique MBCT dans le cadre des rechutes dépressives en particulier, ont été identifiées comme des prises en charge efficaces

et prometteuses (Roemer & Orsillo, 2003) relativement à l'amélioration de la symptomatologie physique et psychologique (Baer, 2003 ; Bishop et al., 2004) en soulignant l'importance d'améliorer la rigueur méthodologique employée, domaine que nous allons développer par la suite.

Lacunes méthodologiques

Les études menées sur la pleine conscience (Grossman et al., 2003 ; Baer, 2003 ; Bishop, 2002) depuis 1980 *via* majoritairement les pratiques MBSR, MBCT ont en commun la perception commune d'une faiblesse méthodologique qui peut s'illustrer dans plusieurs domaines dont trois principaux qui sont le design de l'étude, l'évaluation et les sujets.

Design de l'expérimentation

Le premier champ dans lequel on constate un manque de rigueur méthodologique se situe au niveau du design de l'expérimentation en lui-même. En effet, de nombreuses recherches effectuées ne sont pas randomisées et le groupe expérimental généralement constitué de méditants n'est très souvent pas comparé à un groupe contrôle. On constate que seulement 32 % des études sont randomisées et qu'une comparaison avec un groupe contrôle n'existe que dans 40 % des cas (Berghmans, Strub & Tarquinio, 2008). Les études de comparaison avec d'autres thérapies souffrent également du manque de rigueur méthodologique (Baer, 2003). Ces remarques soulignent clairement le manque d'exactitude des démarches adoptées pour conduire ces recherches et soulèvent le caractère problématique des conclusions apportées à ce jour en termes de pertinence thérapeutique de la méditation en pleine conscience. Il convient cependant de noter que sur des recherches (Berghmans et al., 2008) qui suivent les deux critères méthodologiques précités, les résultats qui montrent l'efficacité de la méditation en pleine conscience se retrouvent. Enfin, signalons que ces deux critères sont de plus en plus suivis dans les études menées après 2001. On ne peut qu'encourager la recherche à optimiser son approche méthodologique.

On peut également mentionner la taille insuffisante des échantillons de sujets. En se référant à Cohen (1977), il conviendrait d'avoir des échantillons de 30 individus pour mettre en évidence au moins 80 % des effets du traitement. Ici également, il convient d'être vigilant.

Pratique de la méditation

Le deuxième domaine méthodologique qui a attiré notre attention se situe au niveau de la pratique de la méditation en elle-même en lien avec ses différentes étapes et son suivi pédagogique et thérapeutique.

En effet, comme mentionné précédemment, les pratiques MBSR et MBCT utilisent plusieurs exercices successifs tels que la méditation assise faisant intervenir des processus de concentration de l'attention et d'acceptation, le *body scan* qui fait intervenir des processus de concentration et de visualisation, des exercices d'élongation de hatha yoga et des exercices de concentration proprement dits basés sur la respiration. Ces exercices ont lieu sur une durée de 8 semaines avec des pratiques individuelles plusieurs fois par semaine. Il serait intéressant, après avoir séquencé ces exercices et isolé leurs processus clés, de les comparer afin d'étudier leur impact thérapeutique et de voir si les effets sont plus liés à un exercice en particulier ou à une globalité d'exercices qui définit la pratique MBSR ou MBCT. Dans le cadre de la MBCT, on retrouve également un programme de méditation associé à des thérapies comportementales et cognitives. L'effet thérapeutique de la MBCT, surtout utilisée dans le cadre des dépressions, est-il lié au programme complet ou à un ou plusieurs de ses composants ? En fait, c'est la question de l'ensemble des éléments structurant la démarche qui est ici posée en termes d'effets thérapeutiques.

Diffusion et évaluation de la thérapie

Ceci nous conduit à une troisième remarque méthodologique qui est liée au contenu, à la diffusion et à l'évaluation des formations de la pleine conscience, autrement dit à la diffusion et à l'évaluation de la thérapie. À la différence d'autres alternatives thérapeutiques comme l'EMDR qui répond à un cadre strict de formation et de diffusion faisant état de critères de sélection précis pour ses pratiquants ainsi que de niveau de formation et de cycles de supervision réguliers, les pratiques de la pleine conscience n'entrent pas dans un cadre normé de ce type. Chaque thérapeute diffuse la méthode à ses patients de manière individuelle ou en groupe, en se référant généralement à la pratique MBSR construite par John Kabat-Zinn (1990). Le thérapeute est formé par un autre thérapeute ou utilise des CD dans lesquels la méthode est véhiculée. Toutefois, il n'existe pas de conditions de formation de formateur ni de validation de la compétence à diffuser cette pratique thérapeutique. Ceci s'explique par le caractère jeune de cette démarche et par l'importance de son appropriation par le thérapeute. On peut donc s'attendre à des différences dans la diffusion de la pratique en fonction de son appropriation et de sa personnalisation. Ceci nous conduit à poser la question de la différence en termes d'impact thérapeutique. Les axes d'exercices clés sont utilisés comme points de repère, mais l'explication et le transfert du cœur même de la démarche peuvent se fait différemment et par conséquent, des différences en termes d'effets thérapeutiques sont susceptibles d'apparaître. De même et à la différence d'autres

thérapies, le thérapeute peut ou non être pratiquant de sa méthode. Un thérapeute qui pratique la méditation régulièrement depuis un certain nombre d'années va nécessairement avoir une perception de l'expérience de la pleine conscience qui diffère par rapport à celui qui choisira de la diffuser sans se l'approprier régulièrement. Cette divergence a peut-être des conséquences sur les résultats thérapeutiques. Des études de comparaison devraient permettre d'apporter des réponses.

Pratique de groupe ou pratique individuelle ?

Une quatrième remarque est liée à la distinction entre une pratique de groupe et une pratique individuelle dans la diffusion de la méthode. L'effet de groupe peut constituer un élément thérapeutique en soi qu'il convient de ne pas négliger, particulièrement dans la pratique MBCT où un échange plus structuré est organisé avec le thérapeute et les autres membres du groupe. Ici également, il serait pertinent de comparer des sujets formés individuellement avec des sujets formés en groupe et voir si cet effet de groupe joue un rôle en termes d'impact thérapeutique.

Observance thérapeutique

Enfin, une cinquième remarque nous invite à nous pencher sur la question de l'observance thérapeutique. Les sujets qui suivent ce type de thérapie sont encouragés à pratiquer plusieurs fois par semaine cette forme de méditation (30 à 45 minutes) durant la période de 8 semaines de diffusion de la formation. Par la suite, la pratique est primordiale. Les recherches (Bishop, 2004 ; Baer, 2003) mettent en évidence un lien entre la pratique et l'action thérapeutique, toutefois, il n'y a pas eu d'études rigoureuses qui explicitent ce lien. À la différence d'autres formes de thérapies (TTC, analyse psychodynamique), le sujet a un rôle actif important dans la mesure où il s'inscrit dans une démarche personnelle de pratique qui peut l'inviter à changer ses habitudes de vie. Bien sûr, le rôle du patient est également important dans d'autres formes de thérapie, mais dans ces dernières, le thérapeute reste la personne organisatrice de la thérapie qui aménage la démarche thérapeutique et la structure avec une dimension de pouvoir incontestable. Dans la méditation, une fois la pratique diffusée, c'est le sujet qui est l'acteur fondamental de son bien-être en construction et c'est par la pratique quotidienne qu'il va pouvoir se loger dans une démarche de vie différente. Il reste seul face à lui-même et le choix de ne plus pratiquer pour des raisons diverses peut être tentant et plus ou moins accentué en fonction des différentes pathologies. Bien sûr, un support peut et doit être offert par le thérapeute après la diffusion de la pratique. Cet aspect de la démarche est encore flou et nécessite des recherches supplémentaires.

Conclusion

Les recherches sur les thérapies de méditation en pleine conscience mettent donc en évidence cinq limites importantes et non exhaustives auxquelles il convient de répondre afin d'optimiser la recherche. Au niveau du design de l'expérimentation, le chercheur doit s'inscrire dans une démarche rigoureuse et solide répondant à des critères de construction et statistiques stricts. Il n'y a pas de freins majeurs à une amélioration dans ce domaine. En ce qui concerne l'évaluation et la standardisation des pratiques, le sujet est plus délicat et fait appel à des normes de diffusion et d'évaluation qui doivent être construites et se standardiser, ce qui souligne la question de la formation des thérapeutes.

Pour finir, la question de l'impact thérapeutique de ces pratiques en termes de globalité ou *via* une ou plusieurs de ces composantes ne pourra avoir des réponses que par des investigations supplémentaires dans ce domaine que nous aborderons dans la fin de cette étude au niveau des pistes de recherches futures.

Perspectives

Au regard de cette analyse et des travaux de Baer (2003), Bishop (2004), Grossman et al. (2003) et Shapiro (Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, 2006), nous allons présenter les principales pistes de recherche dans le domaine de la pleine conscience que nous avons regroupées autour de trois axes :

- les effets et le fonctionnement de la pleine conscience ;
- le lien entre pleine conscience et psychothérapie ;
- et l'observance thérapeutique.

Effets et fonctionnement de la pleine conscience

Au niveau du premier axe, se pose la question déjà mentionnée dans les limites des recherches de l'effet global des programmes de pleine conscience comme la MBSR ou la MBCT ou de l'effet de ces composantes, à savoir les différents exercices utilisés dans ces programmes tels que le *body scan*, la méditation assise, les postures de hatha yoga. En d'autres termes, dans l'opérationnalisation de la définition de la pleine conscience qui en soi doit être améliorée, différents éléments apparaissent. Il serait intéressant, après les avoir explicitement clarifiés, de les isoler afin de voir quels sont leurs principes actifs en vérifiant si le processus peut être démantelé ou s'il est indivisible. En bref, il conviendrait de cloisonner ces composants, et voir leurs effets individuels en les comparant à l'effet de groupe. En d'autres termes, est-ce l'ensemble du programme qui entraîne des effets

thérapeutiques ou certaines de ces composantes, ou encore une interaction entre ces dernières ?

Il conviendrait également de se pencher sur les effets physiologiques et neurologiques à court et long terme de la pleine conscience afin de savoir si des processus neurophysiologiques sont activés lors des sessions de méditation. En termes de changements psychologiques, il serait bon d'étudier les types de changement qui interviennent au niveau des comportements, des styles cognitifs, des valeurs ainsi que du rapport de l'individu à soi-même afin de les identifier, d'observer s'ils perdurent et d'analyser leurs effets sur les individus. À ce niveau, et en termes d'efficacité, il serait également pertinent de comparer certaines thérapies cognitives qui visent à changer le contenu des états mentaux (surtout des états mentaux irrationnels) avec la méditation en pleine conscience qui cherche plus à changer la relation aux états mentaux (Hayes & Strosahl, 2005). Autrement dit, la pleine conscience altère-t-elle la relation aux pensées, sensations et émotions ? La question de l'effet de groupe peut également être posée. Il s'agirait de comparer des sujets formés en groupe avec des sujets formés individuellement à ces pratiques méditatives et de constater s'il existe des différences.

Lien entre pleine conscience et psychothérapie

Dans un second axe, c'est la question de la pratique de la pleine conscience par le thérapeute qui pourrait être investiguée. L'implication dans la pratique et l'appropriation personnelle de la démarche ont-elles des effets sur l'impact thérapeutique ? Y a-t-il des conséquences positives ou négatives du partage avec les patients du même système de référence thérapeutique ? Il conviendrait de comparer les programmes qui sont mis en œuvre par des thérapeutes « pratiquants » de ceux de non-pratiquants. En termes de lien entre les programmes de méditation en pleine conscience et les pathologies, il serait judicieux de se pencher sur leur adéquation. Autrement dit, peut-on un programme quelconque de méditation pour toutes les pathologies ou y a-t-il des pathologies qui nécessitent plus un certain type de programmes, ou encore la méditation est-elle justifiée pour toutes les pathologies ? Une comparaison entre différentes alternatives psychothérapeutiques telles que l'EMDR, les techniques de relaxation, le *biofeedback* pourrait s'avérer riche d'information notamment sur le ou les principes actifs agissants.

Observance thérapeutique

Enfin, le troisième axe se porte sur l'observance thérapeutique et la fréquence de méditation. Des comparaisons de fréquences entre des groupes ayant uniquement suivi le programme et d'autres sujets qui pratiquent individuellement plusieurs fois par semaine devraient aussi

apporter des éléments de recherche intéressants. La question de l'observance thérapeutique, cruciale en psychologie de la santé, trouve ici son intérêt et invite à un questionnement sur l'importance de l'appropriation d'une démarche personnelle de vie en faisant de la méditation un outil quotidien de gestion cognitif et émotionnel préventif comme le préconisent des traditions spirituelles bouddhistes ou hindouistes.

Enfin, en se référant à Mantel (2000), le fait d'avoir décontextualiser la méditation en pleine conscience (ainsi que d'autres formes de méditation) de sa dimension spirituelle qui en constitue toujours ses racines historiques et ontologiques ne peut-il pas entraîner des pertes d'efficacité dans sa pratique et ses effets ? On sait comme l'a souligné Kabat-Zinn (1990) à de nombreuses reprises que des pratiques de pleine conscience comme la MBSR ou la MBCT se situent dans un contexte non spirituel et non religieux, toutefois, la dimension spirituelle qui s'illustre par l'application d'une démarche de méditation dans certaines cultures est peut-être un soubassement nécessaire à l'activation plus efficace d'effets thérapeutiques. Il conviendrait de se pencher sur cette question en comparant des groupes d'inspiration religieuse ou spirituelle à d'autres qui ne le sont pas afin d'observer s'il existe des différences. Par conséquent, le champ de recherche de la pleine conscience et de la méditation dans ce domaine est extrêmement vaste et très prometteur au sein des prises en charge thérapeutiques (Roemer & Orsillo, 2003 ; Shapiro, 2006).

Références

Astin, J. (1997). Stress reduction through MBSR: effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experience. *Psychotherapy psychosomatic*, *66*, 96–106.

Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology : Science & Practice*, *10*(2), 125–142.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twentyfive years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, *8*, 77–100.

Berghmans, C., Tarquinio, C. & Strub, L. (2007). La Méditation : une nouvelle approche en psychologie de la santé. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, in press.

Berghmans, C., Tarquinio, C. & Strub, L. (2009). Méditation de pleine conscience et psychothérapie dans la prise en charge de la santé et la prise en charge de la maladie : revue de question. *Santé mentale au Quebec*, in press.

Berghmans, C., Strub, L., & Tarquinio, C. (2008). Méditation de pleine conscience et psychothérapie : état des lieux théorique, mesures et pistes de recherches. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, *18*, 62–71.

Berghmans, C. & Tarquinio, C. (2009). Impact de l'approche thérapeutique de pleine conscience MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) sur la santé psychique (stress, anxiété, dépression) chez des étudiants : une étude pilote contrôlée et randomisée. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, in press.

Blackburn-Munro, G., & Blackburn-Munro, R. E. (2001). Chronic pain, chronic stress and depression: Coincidence or consequence? *Journal of Neuroendocrinology*, *13*, 1009–1023.

Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operationnal definition. *Clinical Psychology : Science & Practice*, *11*(3), 230–241.

Burckhardt, C. S., Clark, S. R., & Bennett, R. M. (1991). The fibromyalgia impact questionnaire : Development and validation. *Journal of Rheumatology*, *18*, 728–733.

Carlson, L., Speca, M., Patel, K., & Goodey, E. (2003). MBSR in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 571–581.

Carlson, L., Speca, M., Patel, K., & Goodey, E. (2004). MBSR in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol. DHEAS and melatonine in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuro endocrinology*, *29*(4), 448–474.

Carlson, L. E., & Garland, S. L. (2005). Impact of MBSR on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. *Int J Behav Med*, *12*, 78–285.

Carson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. M., & Baucom, D. H. (2004). Mindfulness based relationship enhancement. *Behavior Therapy*, *35*, 471–494.

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *24*, 385–396.

Crofford, L. J., & Demitrack, M. A. (1996). Evidence that abnormalities of central neurohormonal systems are key to understanding fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, *22*, 267–284.

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J. (2003). Alterations in Brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 564–570.

Denollet, J. (1993). Emotional distress and fatigue in coronary heart disease: the Global Mood Scale (GMS). *Psychological Medecine*, *23*, 111–121.

Fishbain, D. A., Cutler, R., Rosomoff, H. L., & Rosomoff, R. S. (1997). Chronic pain-associated depression: Antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clinical Journal of Pain*, *13*, 116–137.

Goldenberg, E., Kaplan, K., Nadeau, M., Brodeur, C., Smith, S., & Schmidt, C. (1994). A control study of stress reduction, cognitive behavioural treatment program in fibromyalgia. *Journal of Muskuloskeletal Pain*, *2*, 53–66.

Gross, C. (2004). Mindfulness meditation to reduce symptoms after organ transplant: a pilot study. *Advances in Mind body Medicine*, *20*(2), 20–29.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2003). Mindfulness based stress reduction and health benefits. *A meta-analysis. J Psychosom Res*, *57*, 35–43.

Hays, R., Prince-Embury, S., & Chen, H. (1998). RAND-36 health status inventory. *San Antonio: The Psychological Corporation.*

Hayes, S., & Strosahl, K. D. (2005). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*, *4*(1), 33–47.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastroph living*. New York: Del Publishing.

Kabat-Zinn, J., Lipsorth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self regulation of chronic pain. *J Behav Med*, *8*(2), 163–190.

Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R., & Sellers, W. (1987). Four years follow up of a meditation- based program for the self regulation of chronic pain: Treatment outcomes a, d compliance. *Clinical Journal of Pain*, *2*, 159–173.

Kabat-Zinn, J., Massion, A., Kristeller, O., Peterson, L., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R., & Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, *149*(7), 936–943.

Kabat-Zinn, J., Weeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M., Cropley, T., Hosmer, D., & Bernhard, J. (1998). Influence of mbsr intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, *60*(5), 625–632.

Kaplan, K., Goldenberg, D., & Galvin-Nadeau, M. (1993). The impact of MBSR on fibromyalgia. *Gen Hosp Psychiatry*, *15*, 284–289.

Kristeller, J., & Hallett, C. (1999). An exploratory study of meditation based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, *4*(3), 357–363.

Mantel, J. M. (2000). *Méditation et psychothérapie*. Paris: Albin Michel.

Marcus, M. T., Fine, M., Moeller, F. G., Khan, M. M., Pitt, K., & Liehr, P. (2003). Changes in stress levels following mindfulness-based stress reduction in a therapeutic community. *Addictive Disorders and Their Treatment*, *2*, 63–68.

Masson, A., Teas, J., Herbert, J., Wertheimer, M., & Kabat-Zinn, J. (1995). Meditation, Melatonin and breast, prostate cancer: hypothesis and preliminary data. *Medical Hypothesis*, *12*, 234–245.

McCracken, L. M., Carson, J. W., Eccleston, C., & Keefe, F. J. (2004). Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain*, *109*, 4–7.

Melzack, R. (1987). The short-form McGill pain questionnaire. *Pain*, *30*, 191–197.

Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three years follow up and clinical implications of a MBSR intervention in the treatment of anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry*, *17*, 192–200.

Minor, H. G., Carlson, L. E., Mackenzie, M. J., & Jones, K. (2006). Evaluation of a MBSR program for caregivers of children with chronic conditions. *Social Work Health Care*, *43*, 91–109.

Morone & al. (2008). Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults, *Pain*, 134(3), 310–319.

Nyklicek, I., & Kuijpers, K. F. (2008). *Effects of mindfulness based stress reduction intervention on psychological well being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism? Ann Behav Med*, *35*, 331–340.

Plews-Ogan, M., Owens, J. E., Goodman, M., Wolfe, P., & Schorling, J. (2005). A pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and massage for the management of chronic pain. *J Gen Intern Med*, *20*(12), 1136–1138.

Pradhan, E. K., Baumgarten, M., Langenberg, P., Handwerger, B., Gilpin, A. K., Magyari, T., Hochberg, M. C., & Berman, B. M. (2007). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Rheumatology*, *15*(57), 1134–1142.

Randolph, P. D., Caldera, Y. M., Tacone, A. M., & Greak, M. L. (1999). The long term combined effects of medical treatment and mindfulness based behavioural program fo the multidisciplinary management of chronic pain in west Texas. *Pain Digest*, *9*, 103–112.

Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C., & Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness based stress reduction in health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *Gen Hosp Psychiatry*, *23*, 183–192.

Robinson, F. P., Mathews, H. L., & Witek-Janusek, L. (2003). Psycho endocrine immune response to MBSR in individuals infected with the hiv: a quasiexperimental study. *J Altern Complement Med*, *9*, 683–694.

Roemer, L., & Orsillo, S. (2003). Mindfulness: a promising intervention strategy in need of further study. *Clinical Psychology; Science and Practice*, *10*(2), 172–178.
Roth, B., & Creaser, T. (1997). MBSR experience with a bilingual inner-city program. *Nurse Practitioner*, *23*, 124–145.
Roth, B., & Robbins, D. (2004). MBSR and health related quality of life: findings from a bilingual inner city patient population. *Psychosomatic Medicine*, *66*, 113–123.
Sephton, S. E., Salmon, P., Weissbecker, I., Ulmer, C., Floyd, A., Hoover, K., & Studts, J. L. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial. *Arthritis Rheumatology*, *15*(57), 77–85.
Shapiro, S. (2006). The meeting of meditative discipines and western psychology. *American Psychologist*, *61*(3), 227–239.
Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management*, *12*(2), 164–176.
Shapiro, S., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanism of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(3), 373–386.
Shapiro, S. L., Bootzin, R., Figueredo, A., Lopez, A., & Schwartz, G. (2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer. An exploratory study. *J Psychosom Res*, *54*, 85–91.
Shapiro, S., Schwartz, G., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness based stress reduction on medical and premedical students. *J Behav Med*, *21*(6), 581–589.
Speca, M., Carlson, L., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomised wait list controlled trial: the effects of MBSR program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, *62*, 613–622.
Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto CA: Consulting Psychologists.
Swallow, B. L., Lindow, S. W., Mason, E. A., & Hay, D. M. (2003). The use of the General Health Questionnaire (GHQ-28) to estimate prevalence of psychiatric disorder in early pregnancy, Psychology. *Health and Medicine*, *8*(2), 213–217.
Tacon, A. M., Caldera, Y. M., & Ronaghan, C. (2004). MBSR in women with breast cancer. *Families, System & Health*, *22*, 193–203.
Teasdale, J. D., Segal, Z. V., William, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse, recurrence in major depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consult Clinical Psychology*, *68*(4), 615–623.
Weiss, M., Nordlie, J. W., & Siegel, E. P. (2005). MBSR as an adjunct to outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Psychosomatic*, *74*, 108–112.
Weissbecker, I., Salmon, P., Studts, J., Floyd, A., Dedert, E., & Sephton, S. (2002). Mindfulness-based Stress Reduction and Sense of Coherence (SOC) among women with fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *9*(4), 297–307.
Williams, K. A., Kolar, M. M., Reger, B., & Pearson, J. (2001). Evaluation of a wellness based mindfulness stress reduction intervention: a controlled trial. *American Journal of Health Promotion*, *15*(6), 422–432.
WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medecine*, *28*, 551–558.
Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (2007). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Scandinavica*, *67*, 361–370.

Chapitre 5

L'acceptation psychologique et la pleine conscience dans les thérapies cognitives et comportementales des troubles de l'humeur et de l'anxiété

J.D. Herbert

Dès le départ, les TCC se sont concentrées majoritairement sur les problèmes associés à l'humeur dépressive et/ou anxieuse. Dans le cas classique du petit Albert, John Watson et Rosalie Rayner (1920) ont utilisé les principes du conditionnement classique pour induire une phobie chez un garçon de 11 mois. Le premier travail de Wolpe (1958) s'est, de la même façon, concentré sur des phobies, utilisant l'exposition systématique pour désensibiliser des réponses de peur. Beck, quant à lui, a développé la thérapie cognitive en travaillant avec des patients dépressifs et ses premiers livres se sont tous focalisés sur les troubles de l'humeur et de l'anxiété, à savoir *Dépression : causes et traitement* (1967), *La thérapie cognitive et les troubles émotionnels* (1976) et *La thérapie cognitive de la dépression* (1979). Il n'est pas surprenant que les troubles de l'humeur et de l'anxiété aient tellement figuré dans l'histoire des TCC. En effet, par définition, ces troubles impliquent d'intenses sensations de détresse, cognitions et états affectifs. Étant donné que le tout premier travail dans l'étude de la théorie a impliqué le conditionnement classique de réactions émotionnelles (Pavlov, 1927/1960), il est naturel que les premiers thérapeutes comportementalistes aient ciblé des domaines semblables. Le développement des approches cognitives dans les années 1970 a reflété la place centrale des pensées

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

négatives et des croyances irrationnelles dans l'anxiété et la dépression. Les modèles des TCC et leurs interventions ont maintenant été étendus à d'autres domaines cliniques comme la psychose, les dépendances, l'obésité, la douleur chronique, etc., ainsi qu'à d'autres domaines non cliniques comme le stress au travail, la réduction de la stigmatisation et l'amélioration de la performance sportive. Néanmoins, les troubles de l'humeur et de l'anxiété continuent d'être le point majeur des travaux de recherche dans les TCC.

Comme le vaste domaine des TCC, les concepts de l'acceptation psychologique et de la pleine conscience, qui se concentrent en grande partie sur l'ajustement à des expériences subjectives de détresse, conviennent particulièrement bien aux problèmes de dépression et d'anxiété. Les états d'humeur dépressive ou anxieuse ont naturellement tendance à évoquer un certain type de *coping*, comme des tentatives d'évitement ou de fuite des situations de détresse, ou même des expériences de détresse elles-mêmes. La pleine conscience représente ainsi une approche alternative pour l'ajustement à la détresse.

Les théories cognitives et comportementales classiques de la dépression

Les théories comportementales de la dépression se sont concentrées sur la perte de renforcement environnemental (et particulièrement le renforcement social) (Lewinsohn, 1974). L'impact de cette approche comportementale a cependant été limité par sa négligence relative de l'expérience subjective de la dépression. Les approches cognitives ultérieures se sont centrées en majeure partie sur la question de la présence de cognitions dépressives chez les personnes souffrant de dépression. Par exemple, la théorie de la résignation acquise (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978), tout comme la théorie du désespoir (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989) pour expliquer la dépression ont soutenu que le trouble dépressif est causé par des schémas explicatifs ou des attributions causales problématiques, et ce particulièrement pour les événements négatifs. De même, la théorie cognitive de Beck (1967 ; 1976) s'est concentrée sur « la triade cognitive » de pensées dysfonctionnelles sur le monde, sur soi et sur l'avenir. La thérapie émotivo-rationnelle d'Ellis s'est aussi concentrée sur les croyances irrationnelles dans la genèse de la dépression (Ellis & Dryden, 1997). Pour ces modèles d'orientation cognitive, la dépression est vue comme résultant d'un processus d'information biaisé et son traitement vise à corriger ces cognitions problématiques.

Parallèlement au développement des approches basées sur l'acceptation et la pleine conscience dans les TCC, les modèles cognitifs eux-mêmes, au cours des dernières années, se sont progressivement éloignés

du travail traditionnel de restructuration des cognitions négatives pour s'orienter plutôt vers la façon dont les pensées et sentiments négatifs sont vécus. Il ressort que même le travail de Beck s'est orienté quelque peu dans cette direction (Dozois & Beck, 2010). D'autres théoriciens cognitifs, bien que clairement inscrits dans la lignée de la thérapie cognitive de Beck, ont intégré plus entièrement les concepts d'acceptation attentive dans leurs théories et thérapies. Parmi les nouvelles théories cognitives prédominantes, on peut citer celle des sous-systèmes cognitifs interagissants (ICS) de Barnard et Teasdale (1991), et la théorie métacognitive de Wells (2000 ; 2008), dont chacune sera brièvement discutée ci-dessous.

Les théories cognitives modernes de la dépression

La théorie cognitive des sous-systèmes en interaction utilise des métaphores informatiques pour décrire les processus cognitifs théorisés conduisant à la dépression. La théorie ICS propose trois approches de base pour le traitement des informations émotionnelles :
1. l'expérience émotionnelle non raisonnée (les réactions automatiques, guidées par les sens, réactionnelles, aux événements en cours) ;
2. l'action conceptualisée (l'analyse conceptuelle du contenu cognitif) ;
3. l'expérience de pleine conscience (la reconnaissance isolée de ses expériences).

Ces trois styles de processus d'information sont eux-mêmes déterminés par l'interaction de modèles de processus d'information plus classiques, comme le degré auquel les informations sont traitées comme logiques (c'est-à-dire selon leur signification explicite) ou implicites (c'est-à-dire selon des inférences tirées de ses expériences cumulatives) et si les informations sont traitées en temps réel (« le mode direct ») ou dans de plus larges découpages successifs (*buffered mode*).

Comme dans les premières théories de la dépression, la théorie ICS propose que le processus de l'information soit dominé par un contenu négatif. Avec le temps, une association a été établie entre une humeur dysphorique et un système de pensées négatives, telle que même une humeur légèrement déprimée peut déclencher une rumination dépressive, amorçant ainsi un cycle vicieux entre les pensées et les sentiments ; ce processus est appelé « la réactivité cognitive ». La vulnérabilité à la dépression est associée spécifiquement à des modes de traitement sans prise de conscience des émotions et d'actions conceptualisées. L'absence de conscience des émotions résulte de la rumination à travers des pensées et des sentiments négatifs alors que l'action conceptualisée découle d'efforts inefficaces de tentatives de résolutions de problèmes, d'évasion, de suppression, ou d'évitement d'expériences stressantes. Au contraire, on propose que le processus d'expérience de pleine conscience, dans

lequel est reconnue l'expérience angoissante sans devenir excessivement empêtré avec cela, soit un amortisseur au développement de la dépression.

Dans la perspective de la théorie ICS, la métacognition se réfère plus largement à une connaissance de ses processus cognitifs (Flavell, 1976). Comme appliqué dans la littérature sur les TCC, le terme signifie une conscience isolée de ses pensées, dans laquelle elles sont éprouvées simplement comme des événements mentaux plutôt que comme les reflets de la réalité. Dans une série d'études, Teasdale et ses collaborateurs ont exploré la relation entre la conscience métacognitive et la dépression utilisant une procédure connue : la mesure de la conscience et du *coping* dans la mémoire autobiographique (MACAM ; Moore, Hayhurst & Teasdale, 1996). La MACAM est une mesure faite par les chercheurs, conçue pour évaluer les réactions des individus dans des situations légèrement dépressogènes, en codant le niveau dans lequel ils se situent, allant d'une perspective détachée à une perspective attentive. Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope, Williams et Segal (2002) ont trouvé que les individus actuellement asymptomatiques avec des antécédents de dépression avaient des niveaux plus bas de conscience métacognitive que ceux du groupe contrôle sans antécédents de dépression, et que ces niveaux plus faibles de conscience métacognitive prédisaient une plus forte rechute pour les patients présentant un trouble dépressif majeur. En se basant sur ces résultats, Segal, Williams et Teasdale (2001) ont développé la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression, qui sera discutée ci-dessous.

Un changement semblable, s'éloignant du contenu spécifique des pensées s'est opéré dans l'étude des styles explicatifs. Contrairement aux premières théories des TCC qui proposaient que la dépression fût causée par des attributions causales spécifiques, les approches contemporaines se centrent sur la flexibilité explicative, c'est-à-dire sur le degré avec lequel des attributions causales spécifiques pour des événements négatifs suivent un comportement spécifique, ou un changement selon le contexte. Fresco et al. (2006 ; 2007) ont constaté que la rigidité explicative était associée à des symptômes dépressifs dans les populations de faible niveau socio-économique, et que l'augmentation de la flexibilité explicative est en lien avec une meilleure réponse au traitement et un plus faible taux de rechute pour la dépression dans les TCC (Fresco et al., 2009).

Un autre nouveau modèle est la théorie métacognitive, développée par Adrian Wells ses collaborateurs (Wells & Matthews, 1994). Bien que développé comme un modèle général de psychopathologie, plutôt que comme un modèle d'humeur et de troubles de l'anxiété en soi, pratiquement tout le travail théorique et clinique du modèle est centré sur la dépression et l'anxiété. Selon Wells, la plupart des pensées et émotions négatives sont des expériences passagères qui n'ont pas

besoin d'être problématiques. Pour certains individus, cependant, même des pensées ou des sentiments relativement négatifs et secondaires déclenchent de la rumination et/ou de l'inquiétude, qui se heurte à son tour à l'autorégulation de leur expérience intérieure. Ce modèle est appelé le syndrome attentionnel cognitif (CAS). Un cycle vicieux s'ensuit, dans lequel le CAS mène à l'éveil émotionnel accru, qui intensifie à son tour encore plus le CAS. Le CAS est alors contrôlé par des facteurs métacognitifs. La métacognition, dans cette perspective, se réfère aux processus cognitifs exécutifs qui contrôlent et dominent la pensée. La métacognition est à son tour divisée en deux parties :

- les croyances métacognitives positives, qui reflètent les bénéfices présumés du contrôle de la menace supportée, de l'inquiétude, et de la suppression de pensées ;
- et les croyances métacognitives négatives qui reflètent les croyances sur le sentiment d'incontrôlabilité de l'expérience et du danger de certaines pensées.

On pense qu'aussi bien les croyances métacognitives positives que négatives contribuent à l'initiation et au maintien du CAS. Les troubles psychologiques sont vus comme le résultat de biais dans des croyances métacognitives spécifiques, plutôt que comme le résultat de pensées négatives en soi.

Wells a développé la thérapie métacognitive (MCT) basée sur cette théorie (Wells, 2000 ; 2008). Cette approche vise à corriger les croyances métacognitives biaisées et à éliminer le CAS dans un effort de restituer un meilleur contrôle de ses processus de pensée à l'individu. Comme on considère que les facteurs métacognitifs spécifiques sont spécifiques à des troubles, les stratégies d'intervention sont de même quelque peu uniques à chaque trouble. De manière importante, la MCT tient à ce qu'un tel changement n'ait pas lieu en mettant directement en doute les pensées automatiques. La MCT ne teste pas la vérité du contenu des pensées spécifiques ou même des croyances. Elle se concentre davantage sur la modification métacognitive des croyances qui impliquent le contrôle de connaissance lui-même. Pour atteindre ce but, des techniques comme le report de l'inquiétude à un moment spécifique et limité de la journée, des expériences comportementales, un entraînement attentionnel, la prescription de la rumination paradoxale et la promotion de la pleine conscience sont employés (Wells, Fisher, Myers, Wheatley, Patel & Brewin, 2009). Il faut remarquer que la pleine conscience dans la MCT a une signification spécifique relative, théoriquement fondée, impliquant la conscience de ses pensées spontanées, la conscience que de telles pensées sont distinctes de l'observateur et la suspension de toute réponse d'inquiétude ou de rumination à ses pensées.

Il existe plusieurs parallèles évidents entre et la MBCT et la MCT. Les deux sont fondées sur les théories cognitives contemporaines des

processus d'information, et les deux soulignent l'importance de la rumination dans la genèse de la dépression (Nolen-Hoeksema, 1991 ; Nolen-Hoeksema, Parker & Larson, 1994). Une différence importante est que la première repose largement sur la méditation de pleine conscience, alors que la seconde n'utilise pas la méditation comme stratégie clinique.

La sensibilité anxieuse

Comme avec la dépression, les théories des troubles anxieux ont progressivement changé; elles sont allées des conceptualisations se concentrant sur le contenu cognitif spécifique vers celles qui soulignent les effets pernicieux d'efforts pour éviter ou supprimer des pensées concernant l'anxiété, des sentiments, des sensations et des souvenirs. Au milieu des années quatre-vingts, Reiss et McNally (1985) ont théorisé que les troubles anxieux et les troubles paniques en particulier étaient caractérisés par la peur des symptômes anxieux eux-mêmes, un concept qu'ils ont appelé « la sensibilité anxieuse ». Une mesure psychométrique de la sensibilité anxieuse a été développée, et est maintenant largement utilisée, et ce concept a évidemment figuré dans divers comptes rendus théoriques traitant des troubles anxieux. Une récente recherche soutient l'idée que la sensibilité anxieuse sert d'intermédiaire dans la relation entre le stress et les symptômes anxieux. Par exemple, McLaughlin et Hatzenbuehler (2009) ont mesuré le stress, la sensibilité anxieuse et les symptômes anxieux à trois moments, pendant 7 mois, dans un large échantillon d'adolescents. Ils ont trouvé que la sensibilité anxieuse (mesurée à T2) modulait la relation entre le stress (mesuré à T1) et les symptômes anxieux consécutifs (mesurés à T3). De plus, cet effet était spécifique aux symptômes anxieux puisque la sensibilité anxieuse n'influençait pas dans l'augmentation de la dépression. La sensibilité anxieuse est par ailleurs une cible évidente pour les efforts d'intervention, et se prête joliment aux modèles basés sur l'acceptation de l'anxiété. Par exemple, dans leur adaptation de l'ACT pour les troubles anxieux, Eifert et Forsyth (2005) décrivent plusieurs stratégies ayant pour cible la sensibilité anxieuse.

Les TCC basées sur l'acceptation pour les troubles de l'humeur et de l'anxiété

Le thème central de la psychologie populaire occidentale repose sur l'idée que les pensées et les croyances dirigent plus ou moins les sentiments et les comportements, et que pour changer un comportement inadapté et le sentiment de bien-être subjectif, il faut d'abord changer ses cognitions. Nous encourageons des amis « à regarder le côté

lumineux » de situations difficiles pour améliorer leur détresse. Nous cherchons à entretenir « des attitudes positives » en nos enfants avec la croyance que cela mènera à une meilleure performance universitaire ou sportive. Les modèles cognitifs traditionnels des TCC, comme la thérapie cognitive, l'entraînement à l'inoculation du stress et la thérapie rationnelle émotive se fondent sur ces idées culturellement sanctionnées en décrivant pas à pas les effets causals des cognitions sur l'affect et sur le comportement et par des interventions visant des cognitions déformées, dysfonctionnelles ou inadaptées.

Au contraire, une caractéristique centrale des modèles TCC basés sur l'acceptation est le découplage d'expériences subjectives du comportement manifeste, c'est-à-dire que les cognitions et d'autres expériences subjectives ne sont pas vues comme nécessairement causalement liées avec le comportement, et que l'on peut apprendre à se comporter de façon contradictoire avec ce que l'on s'attendrait normalement d'après son état cognitif ou affectif. L'accent est mis sur le changement de la *relation* entre les cognitions et le comportement plutôt que sur le changement du *contenu* même des cognitions. On doit noter que cette caractéristique des approches basées sur l'acceptation est une question d'insistance et non de définition. Les approches cognitives mettent souvent l'accent sur l'acceptation plus que sur le changement des pensées stressantes, et les approches basées sur l'acceptation permettent parfois des efforts directs pour modifier son expérience. Néanmoins, ces approches respectives diffèrent clairement sur le degré d'emphase qu'elles placent sur l'acceptation ou sur le changement de l'expérience subjective dans le service de plus larges objectifs.

Comme toutes les formes de TCC, les modèles basés sur l'acceptation peuvent aussi se distinguer d'autres formes de psychothérapies non comportementales (non TCC) ; ils sont alors engagés dans l'évaluation quantitative, empirique d'effets thérapeutiques ainsi qu'au modèle théorique sous-jacent. Contrairement aux approches psychodynamiques, par exemple, ils tendent à diminuer l'accent mis sur les racines historiques du problème. Dans la perspective de l'ACT en particulier, les récits historiques sont vus comme des constructions qui peuvent ou non être précisées. Et même si elle est précise, l'exploration historique n'est vue comme ni nécessaire, ni suffisante pour des bénéfices thérapeutiques. En fait, se concentrer sur un récit historique peut servir à le cristalliser comme une partie centrale de son identité, réduisant ainsi la flexibilité psychologique.

Nous nous tournons maintenant brièvement vers une vue d'ensemble de deux des modèles les plus populaires des TCC basés sur l'acceptation pour les troubles de l'humeur et de l'anxiété : thérapie cognitive basée sur la pleine conscience et la thérapie d'engagement et d'acceptation. Il existe plusieurs modèles supplémentaires qui partagent un intérêt pour la pleine conscience et l'acceptation :

- ceux dérivés de théories TCC plus traditionnelles, comme :
  - le traitement de contrôle de panique (Barlow & Craske, 2006) ;
  - la thérapie métacognitive (Wells, 2000 ; 2008) ;
  - la prévention de l'exposition et rituelle (Foa et al., 2005 ; Kozak & Foa, 1997) ;
  - les interventions basées sur l'exposition (Marks, 1981) ; les thérapies de processus cognitifs (Resick & Schnicke, 1992 ; 1996) ;
  - la thérapie du schéma (Young, Klosko & Weishaar, 2003) ;
- aussi bien que ceux dérivés davantage d'une tradition analytique du comportement comme :
  - la psychothérapie analytique fonctionnelle (Kohlenberg & Tsai, 1991),
  - la thérapie d'activation du comportement (Martell, Addis & Jacobson, 2001),
  - la prévention d'une rechute (Marlatt, Barrett & Daley, 1999 ; Marlatt & Gordon, 1985).

Chacune de ces approches est unique et certaines représentent des modèles généraux de psychothérapie tandis que d'autres se concentrent sur un trouble ou une situation particulière. Pour une description plus détaillée des modèles spécifiques, le lecteur intéressé pourra se référer à Herbert et Forman (2010). Nous limitons ici notre objectif à la MBCT et à l'ACT comme les représentants de modèles théoriquement fondés, provenant de traditions quelque peu différentes et qui illustrent plusieurs caractéristiques des modèles contemporains des TCC basés sur l'acceptation.

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience

Basée en partie sur la théorie ICS de Barnard et Teasdale (1991), la MBCT (Segal et al., 2001) était à l'origine développée comme une intervention de prévention des rechutes pour des personnes qui avaient déjà fait l'expérience d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs, et qui ont d'autant plus de risques de représenter des épisodes dépressifs dans l'avenir. Cette approche partage des caractéristiques avec la thérapie cognitive traditionnelle, notamment le cœur théorique sur les causes cognitives de la psychopathologie. Cependant, à la différence de la thérapie cognitive traditionnelle, la MBCT repose sur le principe que les pensées dépressogènes ne sont ni accessibles à la conscience, ni directement modifiables par des techniques de restructuration cognitive. Au lieu de cela, on apprend aux patients à cultiver « l'expérience attentive » comme mode de traitement émotionnel, par lequel ils développent une conscience attentive de leurs pensées, sentiments et d'autres expériences

internes, en voyant même l'expérience de détresse d'un point de vue éloigné. On pense que ce mode de traitement peut réduire la réactivité cognitive, ou la tendance à de légers états dysphoriques qui peuvent déclencher la rumination dépressive et/ou l'évitement, que l'on considère comme des causes éventuelles de dépression.

La MBCT est classiquement délivrée au sein d'un groupe de formation pendant 8 semaines. On utilise plusieurs techniques tirées de l'approche MBSR pour améliorer l'expérience de pleine conscience, au sein d'un contexte de TCC centré sur la dépression. En plus de l'entraînement pratique et de la méditation de pleine conscience, les techniques incluent la concentration sur la respiration, le scanner corporel et des exercices de marche en pleine conscience. On apprend aux patients à reconnaître leurs changements d'humeur et les pensées négatives associées, et à les remarquer dans une attitude de non-jugement plutôt que de tomber dans des comportements de rumination dépressive.

On trouve des preuves grandissantes de l'efficacité de la MBCT sur la prévention des rechutes (*cf.* Fresco, Flynn, Mennin & Haigh, 2010, pour une étude récente). Plusieurs études ont constaté que la MBCT réduit les risques de rechute par rapport aux traitements habituels pour des patients avec trois épisodes dépressifs majeurs antérieurs ou plus (Teasdale et al., 2000 ; 2003). Kuyken et al. (2008) ont également trouvé que la MBCT était plus efficace que le maintien d'antidépresseurs dans la diminution des risques de rechute dépressive. Toujours dans le domaine de la prévention des rechutes, une étude récente suggère que la MBCT est aussi plus efficace que le traitement habituel dans la réduction de symptômes dépressifs actuels pour des patients ayant des épisodes dépressifs récurrents (Barnhofer et al., 2009).

Des recherches exploratoires soutiennent également les mécanismes d'action de la théorie MBCT dans le cas de la dépression. Teasdale et al. (2002) ont constaté que tant la thérapie cognitive traditionnelle que la MBCT aboutissent à des augmentations de la conscience métacognitive, qui a été à son tour associée à la réponse thérapeutique. Raes et al. (2009) ont constaté que les individus qui ont de hauts niveaux de pleine conscience montrent des niveaux inférieurs de réactivité cognitive, même en contrôlant les symptômes dépressifs. De plus, la MBCT a diminué la réactivité cognitive quant à un contrôle par liste d'attente et cet effet a été obtenu par une augmentation de la pleine conscience auto-évaluée. Comme dans le contexte du MBSR plus que dans celui du MBCT en soi, plusieurs études ont montré que les changements dans la pleine conscience sont obtenus par la relation entre la pratique de méditation et le bien-être (par exemple, Carmody & Baer, 2008 ; Carmody, Baer, Lykins & Olendzki, 2009).

Bien que l'intérêt majeur ait été porté sur la dépression, les chercheurs ont récemment commencé à étudier les effets de la MBCT sur les troubles de l'anxiété. Dans des études non contrôlées, Evans, Ferrando, Findler, Stowell, Smart et Haglin (2008), tout comme Craigie, Ree, Marsh et Nathan (2008) ont constaté les effets positifs de la MBCT au niveau des troubles anxieux généralisés (TAG). Cependant, les effets de taille étaient moins importants qu'avec les thérapies cognitivo-comportementales. Dans la première étude contrôlée sur la MBCT pour les troubles de l'anxiété, Kim et al. (2009) ont mis en évidence des effets supérieurs d'un programme de MBCT de 8 semaines comparés à ceux d'un programme de psychoéducation, pour des patients coréens présentant des TAG et des troubles panique. Cependant, les implications de cette étude sont peu claires, en raison des limites méthodologiques (par exemple, les deux conditions n'étaient pas égales en ce qui concerne le temps de contact avec le médecin) et du fait que la condition de comparaison n'était pas un traitement alternatif prouvé empiriquement.

Bien qu'il y ait là des preuves grandissantes soutenant la MBCT comme traitement, tant pour la dépression chronique que pour empêcher la rechute de traitement chez les personnes ayant des antécédents dépressifs significatifs, ces découvertes ont surtout été comparées au traitement habituel, qui n'incluait typiquement pas d'intervention de pointe comme la thérapie cognitive traditionnelle ou les TCC alternatives basées sur l'acceptation. La situation en ce qui concerne les troubles d'anxiété est même plus exploratoire, avec pour toute littérature consistante quelques études pilotes prometteuses et seulement un essai clinique contrôlé. Des recherches ultérieures comparant directement la MBCT aux traitements alternatifs sont nécessaires. Bien que les résultats initiaux soient prometteurs, il est nécessaire que les études aillent plus loin afin d'explorer les mécanismes proposés soulignant les effets de la MBCT.

L'acceptation et la thérapie d'engagement

La TCC basée sur l'acceptation qui a attiré, de loin, le plus d'attention au cours de la dernière décennie est l'ACT (que ses concepteurs décrivent davantage comme étant un mot simple plutôt que des initiales séparées). Vers la fin 2009, l'index psychologique électronique « PsychInfo » inscrit plus de 320 articles scientifiques contenant le mot-clé « acceptation et thérapie d'engagement ». Une première version d'ACT, appelée « distanciation compréhensive », a été développée par Hayes et al. dans les années 1980 (Zettle & Hayes, 1986). Par la suite, Hayes et ses collaborateurs ont tourné leur attention vers la clarification des suppositions philosophiques étant à la base de l'approche et au développement d'une théorie comportementale du langage et de la connaissance pour expliquer la psychopathologie et pour orienter leurs efforts

d'intervention. À la fin des années 1990, les efforts se sont tournés vers un nouveau développement du modèle thérapeutique, dont le point culminant est la publication du premier manuel thérapeutique de l'approche en 1999 (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

L'ACT est issue de plusieurs courants intellectuels et de modèles thérapeutiques distincts. L'approche est fondée sur une philosophie de science reconnue comme fonctionnelle (Hayes, 1993 ; Hayes, Hayes & Reese, 1988), qui est à son tour développée du behaviorisme radical (Skinner, 1976 ; 1984). Une des caractéristiques les plus pertinentes de la philosophie contextualiste fonctionnelle pour l'ACT est son épistémologie pragmatique. Cette approche définit essentiellement « la vérité », non pas dans l'idée de correspondance à un modèle de réalité externe, mais plutôt comme un reflet de ce qui fonctionne dans un contexte particulier pour atteindre des buts spécifiques. Les buts eux-mêmes ne sont pas le produit d'une analyse scientifique, mais doivent plutôt être précisés *a priori*. Une théorie est reconnue comme « vraie » dans le sens où elle oriente vers « le travail réussi » au regard des buts désignés. Dans le cas de l'ACT, les buts, généralement parlants, sont l'encouragement à la flexibilité psychologique dans le but d'agir de manière efficace en ce qui concerne ses valeurs, même dans des situations où le faire provoque la détresse.

Les racines analytiques comportementales de l'ACT sont aussi évidentes dans son fondement théorique relationnel, la théorie analytique du comportement de langage et de la cognition qui souligne le modèle (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). La TCR (théorie des cadres relationnels) offre un compte rendu behavioriste de la façon dont les gens créent des réseaux cognitifs par lesquels les événements viennent à être arbitrairement rapprochés les uns des autres. Selon la TCR, ces réseaux peuvent être élaborés, mais ne peuvent généralement pas être éliminés. En fait, essayer de supprimer directement ou de changer les réseaux a souvent l'effet paradoxal de conduire à les élaborer de nouveau. Reflétant son adhésion dans la plus grande famille TCC, l'ACT tire aussi beaucoup de ses valeurs scientifiques et emprunte nombre de ses stratégies cliniques aux modèles des TCC précédents. Finalement, l'ACT emprunte aussi des techniques résultant de l'expérience et l'utilisation fréquente de métaphores et de paradoxes des psychothérapies existentielles précédentes.

Selon le modèle d'ACT, beaucoup de problèmes dans le vécu, y compris de nombreuses psychopathologies, reflètent l'inflexibilité psychologique, ou l'incapacité d'aligner son comportement sur des valeurs choisies dans le contexte des circonstances présentes. Cette inflexibilité découle à son tour en grande partie de l'évitement résultant de l'expérience, ou de la tendance à essayer d'échapper, d'éviter, de supprimer ou de changer ses expériences stressantes. L'ACT résiste à l'évitement résultant de l'expérience

par la pratique de la pleine conscience et de l'acceptation psychologique. En plus des procédures standards des TCC comme l'exposition, l'activation comportementale et la formation de compétences, l'ACT souligne l'utilisation d'exercices résultant de l'expérience, avec des métaphores verbales et des paradoxes. L'approche se centre aussi sur la clarification des valeurs individuelles et sur le changement de comportement orienté vers des buts spécifiques tirés de ces valeurs. Plus que toute autre approche des TCC, l'ACT évite explicitement de corréler le changement de comportement au changement dans le contenu des pensées stressantes, des sentiments, des sensations, des souvenirs, ou d'autres expériences subjectives. Dans d'autres modèles TCC, l'acceptation de sa détresse est vue comme un outil pour apprendre à la contrôler. Par exemple, dans la description de l'approche de la thérapie cognitive basée sur l'acceptation psychologique dans l'anxiété, Beck (1979) écrit : « Paradoxalement, en renonçant à l'idée de contrôle, on peut apprendre au patient à contrôler son anxiété ». La thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993) et la thérapie d'activation comportementale (Martell et al., 2001) entretiennent de la même façon l'acceptation psychologique avec le but final de contrôle du symptôme. Selon le modèle d'ACT, cependant, on ne peut pas entièrement accepter son expérience si le but est de l'éliminer ou de la changer. Même si, comme une question de fait empirique, la détresse subjective diminue typiquement suite aux interventions avec l'ACT, ce n'est pas pour autant un objectif thérapeutique direct. Quoiqu'il n'y ait aucune interdiction absolue contre des efforts de changement cognitifs directs s'ils sont efficaces et n'entraînent pas de coûts inacceptables, les médecins de l'ACT restent sceptiques sur la nécessité et la valeur de tels efforts.

Au cours de la dernière décennie, il y a eu une croissance rapide au niveau de la recherche sur les résultats thérapeutiques et sur les processus d'ACT. Revendiquant son statut comme un modèle de psychothérapie général plutôt que comme un traitement pour un trouble spécifique, les interventions d'ACT ont été envisagées comme un traitement pour un large choix de pathologies, y compris la dépression (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Geller, 2007 ; Zettle & Rains, 1989), l'abus de substances (Hayes, 2004) et même la psychose (Bach & Hayes, 2002 ; Gaudiano & Herbert, 2006) entre autres. De plus, même s'il n'est pas classé comme de l'ACT en soi, un programme thérapeutique tiré en grande partie de l'ACT a été développé et évalué pour le trouble d'anxiété généralisé (Roemer & Orsillo, 2007).

Plusieurs articles sont récemment parus (Hayes, Levin, Plumb, Boulanger & Pistorello, 2010 ; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006 ; Öst, 2008 ; Powers, Zum Vörde Sive Vörding & Emmelkamp,

2009 ; Pull, 2008) et parviennent à des conclusions semblables. D'abord, au niveau du suivi, les effets de taille pour les traitements de l'ACT sont importants et au moins comparables voire supérieurs dans quelques cas d'autres thérapies cognitivo-comportementales validées depuis longtemps. Deuxièmement, on a montré que des interventions d'ACT étaient supérieures à plusieurs conditions de contrôle, y compris celles des listes d'attente et de traitement habituel. Troisièmement, seulement quelques entretiens en face-à-face ont été conduits et ceux-ci sont soumis à des limitations méthodologiques. Néanmoins, les résultats ne révèlent aucune différence entre l'ACT et d'autres TCC (par exemple, Forman et al., 2007), ni d'effets supérieurs de l'ACT (par exemple, Lappalainen, Lehtonen, Skarp, Taubert, Ojanen & Hayes, 2007). Il est important de considérer qu'aucune étude à plus grande échelle, ni méthodologiquement sophistiquée n'a encore été conduite avec l'ACT, comme cela a été fait avec quelques formes plus traditionnelles de TCC telles que la thérapie cognitive et les conclusions doivent ainsi être modérées en conséquence (*cf.* Gaudiano, 2009, in press ; et Öst, 2009, articles pour un débat animé sur le statut méthodologique de l'ACT). En termes de mécanismes thérapeutiques, la recherche sur l'ACT a été remarquable pour son objectif central sur la médiation statistique, approche statistique qui vise à repérer les mécanismes causals possibles d'un traitement. En fait, la majorité d'essais cliniques publiés d'ACT inclut quelques analyses de médiation. La majorité de ces analyses a d'ailleurs soutenu le modèle. Plus particulièrement, on a observé que les réductions de l'évitement résultant de l'expérience influencent les résultats à travers un certain nombre d'essais (Hayes et al., 2006).

En résumé, la recherche soutient jusqu'à présent que l'ACT est un modèle fortement prometteur pour les troubles de l'humeur et de l'anxiété, parmi d'autres conditions, tant en termes de résultats cliniques que de processus théoriques sous-jacents. Davantage de recherches sont maintenant nécessaires, utilisant des concepts d'étude plus scientifiques avec de plus vastes échantillons et des contrôles méthodologiques plus fins, afin de déterminer si l'ACT peut devenir une intervention sûre, de première ligne à côté des formes plus traditionnelles des thérapies cognitivo-comportementales.

Ouvertures

Indépendamment de la façon dont on place exactement ces nouveaux courants, il n'y a aucun doute que l'augmentation de l'intérêt pour l'acceptation et la pleine conscience au cours des deux dernières décennies a radicalement changé le champ des TCC et représente actuellement un point central de développement théorique, d'innovation clinique,

de recherche scientifique et d'effort de diffusion. La résistance initiale à ces concepts dans le domaine s'est maintenant effacée quelque peu. Au lieu de cela, les psychologues se concentrent de moins en moins sur le degré auquel ces approches représentent des ruptures paradigmatiques avec des modèles antérieurs et davantage sur des questions théoriques et empiriques.

Plusieurs défis sont mis en avant. D'abord, il y a eu une prolifération des concepts théoriques intercorrélés qui contribuent à une certaine confusion. Certains d'entre eux (par exemple, la déliaison cognitive) proviennent de théories spécifiques et ont des significations particulières dans cette théorie, mais se chevauchent néanmoins significativement avec des concepts semblables tirés d'autres théories. Dans d'autres cas, il y a des concepts partagés par plus qu'une théorie (par exemple, la métacognition), mais qui ont des significations légèrement différentes au sein de chacune d'entre elles. Finalement, il existe des concepts vastes comme « la pleine conscience » qui sont empruntés aux traditions préscientifiques et, par conséquent, qui sont utilisés de façon tout à fait variable par les différents théoriciens. Bien qu'il soit peu réaliste de s'attendre à un consensus répandu à travers les théories sur la signification précise de ces termes dans un avenir proche, c'est aux chercheurs qu'il incombe d'être clair et précis en ce qui concerne leur terminologie.

Une question relative à cela est la nécessité, pour les innovations cliniques, d'être fermement liées aux théories testables, qui sont elles-mêmes soumises à l'évaluation empirique. Comme le disait Kurt Lewin, père de la psychologie sociale moderne, « il n'y a rien de si pratique qu'une bonne théorie » (Lewin, 1951, p.169). Les nouveaux modèles TCC basés sur l'acceptation et sur la pleine conscience varient dans le degré selon lequel ils sont théoriquement fondés. Bien qu'une absence de liens théoriques proches n'écarte pas nécessairement la valeur d'une innovation technologique, de tels développements sont plus probables d'offrir une contribution durable quand ils sont liés à une théorie sous-jacente viable.

Un troisième défi est le besoin de plus de recherches, y compris d'articles sur des résultats cliniques, d'études sur les processus thérapeutiques et d'études théoriques en psychopathologie et des modèles d'intervention liés. Il y a eu une explosion d'études à relativement petite échelle au cours de la décennie passée et plus largement, des études plus sophistiquées méthodologiquement sont maintenant clairement justifiées. Les défis pour garantir la consolidation de tels travaux restent peut-être, pourtant, l'association persistante de concepts comme la pleine conscience avec des croyances non scientifiques et des pratiques « New Age ». Dans le même thème, même les scientifiques cliniques deviennent parfois excessivement liés aux concepts, termes et procédures particuliers. Nous ne devrions pas supposer que « la pleine conscience »,

par exemple, est un terme sacré qui ne peut pas être déconstruit scientifiquement, ni que la stimulation des aspects divers de la pleine conscience sera nécessairement toujours avantageuse. Nous ne pouvons pas supposer que des pratiques méditatives sont uniformément utiles. Ce sont là des questions qui doivent être étudiées, plutôt que des conclusions inévitables.

Un problème lié est l'importance de s'assurer que ces nouveaux événements restent fermement fondés dans la science. Les thérapies basées sur la pleine conscience ont eu tendance à attirer deux types de disciples :

- les théoriciens d'orientation scientifique, les chercheurs et les cliniciens travaillant précocement sur de nouveaux événements dans les TCC d'une part ;
- et des cliniciens et tout-venant qui sont ambivalents et parfois même hostiles à une approche scientifique de la psychothérapie.

Ces derniers sont souvent attirés par ces approches en raison de leur statut perçu comme « alternatif » et non traditionnel. Si ces événements doivent représenter des contributions principales plutôt que des engouements, ils doivent rester fermement fondés dans la science.

Finalement, se pose la question importante de la diffusion. Les partisans des modèles TCC basés sur l'acceptation et sur la pleine conscience ont eu tendance à être très actifs dans la diffusion de leur travail tant aux professionnels qu'au public en général. Ces efforts ont souvent été déployés avant même que le statut scientifique d'une intervention pour un domaine particulier n'ait été bien établi. Ceci ne représente pas nécessairement un problème pour les professionnels qui ont, en principe au moins, la formation et les compétences requises pour interpréter l'état actuel de la littérature pour eux, ou envers leurs patients. Mais les efforts de transmission visant directement le public soulèvent davantage de questions et un consensus doit encore apparaître quant à l'étape la plus appropriée dans la diffusion à un large public des développements thérapeutiques et des processus d'évaluation, comme avec les livres d'autoassistance (Redding, Herbert, Forman et Gaudiano, 2008). Les partisans des TCC et en particulier ceux des modèles plus récents des TCC basées sur l'acceptation ont au moins l'obligation de fournir une discussion franche du statut scientifique de leur approche particulière dans tout projet de diffusion.

Références

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A Theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, *96*, 358–372.

Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, *87*, 49–74.

Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2006). *Mastery of your anxiety and panic: Therapists' guide* (4th ed.). New York: Oxford University Press.

Barnard, P. J., & Teasdale, J. D. (1991). Interacting cognitive subsystems: A Systemic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition and Emotion*, *5*, 1–39.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive theory and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.

Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*, 23–33.

Carmody, J., Baer, R., Lykins, E. L., & Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*, *65*, 613–626.

Craigie, M. A., Rees, C. S., Marsh, A., & Nathan, P. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *36*, 553–568.

Dozois, D. J. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive therapy. In J. D. Herbert, & E. M. Forman (Eds.), *Acceptance And Mindfulness In Cognitive Behavior Therapy: Understanding And Applying The New Therapies*. New York: Wiley.

Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland: New Harbinger.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stewart.

Ellis, A., & Dryden, W. (1997). *The practice of rational emotive behavior therapy* (2nd ed.). New York: Springer.

Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*, 716–721.

Flavell, J. H. (1976). Metacognitive aspects of problem solving. In L. B. Resnick (Ed.), *The nature of intelligence* (pp. 231–236). Hillsdale: Erlbaum.

Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., Huppert, J. D., Kjernisted, K., Rowan, V., Schmidt, A. B., Simpson, H. B., & Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, *162*, 151–161.

Forman, E. M., Butryn, M. L., Hoffman, K. L., & Herbert, J. D. (2009). An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*, 223–235.

Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, *31*, 1–28.

Fresco, D. M., Flynn, J. J., Mennin, D. S., & Haigh, E. A. P. (2010). Mindfulness-Based Cognitive Therapy. In J. D. Herbert, & E. Forman (Eds.), *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy*. New York: Wiley.

Fresco, D. M., Rytwinski, N. K., & Craighead, L. W. (2007). Explanatory flexibility and negative life events interact to predict depression symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *26*, 595–608.

Fresco, D. M., Schumm, J. A. & Dobson, K. S. (2010). Explanatory flexibility and explanatory style: Modality-specific mechanisms of change when comparing behavioral activation with and without cognitive interventions. In press.

Fresco, D. M., Williams, N. L., & Nugent, N. R. (2006). Flexibility and negative affect: Examining the associations of explanatory flexibility and coping flexibility to each other and to depression and anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, *30*, 201–210.

Gaudiano, B. A. (2010). Reinventing the Wheel Versus Avoiding Past Mistakes when Evaluating Psychotherapy Outcome Research: Rejoinder to Öst (2009). *Behaviour Research and Therapy.* In press.

Gaudiano, B. A. (2009). Öst's (2008) methodological comparison of clinical trials of acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy: Matching apples with oranges? *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 1066–1070.

Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 415–437.

Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese, & T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11–27). Reno: Context Press.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*, 639–665.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum.

Hayes, S. C., Hayes, L. J., & Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *50*, 97–111.

Hayes, S. C., Levin, M., Plumb, J., Boulanger, J. & Pistorello, J. (2010). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy.* In press.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1–25.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.

Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2005). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Science.

Kim, Y. W., Lee, S. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., Kim, C. M., Cho, S. J., Kim, M. J., Yook, K., Ryu, M., Song, S. K., & Yook, K. H. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, *26*, 601–606.

Kohlenberg, R., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy*. New York: Plenum.

Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1997). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: A cognitive behavioral approach*. San Antonio: Graywind.

Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M., & Hayes, S. C. (2007). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: A preliminary controlled effectiveness trial. *Behavior Modification*, *31*, 488–511.

Lewin, K. (1951). In D. Cartwright (Ed.), *Field theory in social science: Selected theoretical papers*. New York: Harper & Row.

Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman, & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157–178). Washington: Hemisphere Publishing.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.

Marks, I. M. (1981). *Cure and care of neuroses: theory and practice of behavioral psychotherapy*. New York: Wiley.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.

Marlatt, G. A., Barrett, K., & Daley, D. C. (1999). Relapse prevention. In M. Galanter, & H. D. Kleber (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of substance abuse treatment* (2nd ed., pp. 353–366). Arlington: American Psychiatric Press.

Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.

McLaughlin, K. A., & Hatzenbuehler, M. L. (2009). Stressful life events, anxiety sensitivity, and internalizing symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, *118*, 659–669.

Moore, R. G., Heyburst, H., & Teasdale, J. D. (1996). Measure of awerness and coping in autobiographical memory. In *Instruction for administration and coding*. Unpublished manuscript. Cambridge. MA: University of Cambridge.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 569–582.

Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *J Pers Soc Psychol*, *67*, 92–104.

Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 321–396.

Öst, L. G. (2009). Inventing the wheel once more or learning from the history of psychotherapy research methodology: Reply to Gaudiano's comments on Öst's (2008) review. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 1071–1073.

Pavlov, I. P. (1927/1960). *Conditional reflexes*. New York: Dover Publications.

Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *78*, 73–80.

Pull, C. B. (2008). Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychiatry*, *22*, 55–60.

Redding, R. E., Herbert, J. D., Forman, E. M., & Gaudiano, B. A. (2008). Popular self-help books for anxiety, depression and trauma: How scientifically grounded and useful are they? *Professional Psychology: Research and Practice*, *39*, 537–545.

Reiss, S., & McNally, R. (1985). Expectancy model of fear. In S. Reiss, & R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy*. New York: Academic Press.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault survivors. *J Consult Clin Psychol*, *60*, 748–756.
Resick, P. A., & Schnick, M. K. (1996). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park: Sage.
Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, *38*, 72–85.
Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2001). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
Skinner, B. F. (1976). *About behaviorism*. New York: Vintage.
Skinner, B. F. (1984). The operational analysis of psychological terms. *Behavioral and brain sciences*, *7*, 547–581.
Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *J Consult Clin Psychol*, *70*, 275–287.
Teasdale, J. D., Scott, J., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., & Paykel, E. S. (2001). How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, *69*, 347–357.
Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (2003). Review of mindfulness-based cognitive therapy for depression: A New approach to preventing relapse. *Psychotherapy Research*, *13*, 123–125.
Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*, *68*, 615–623.
Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, *3*(1), 1–14.
Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.
Wells, A. (2008). *Metacognitive therapy: A practical guide*. New York: Guilford.
Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*, *33*, 291–300.
Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove: Erlbaum.
Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford.
Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, *4*, 30–38.

Conclusion

Soigner par la méditation – Thérapies de pleine conscience, tel est l'intitulé de cet ouvrage qui allie la préservation de la santé et la guérison de la maladie avec une ancienne approche de soin qu'est la méditation de pleine conscience, étudiée dans une optique scientifique. Cet ouvrage aurait eu des difficultés à voir le jour en France, il y a encore quelques années en raison d'une certaine frilosité à se positionner sur un domaine thérapeutique si peu orthodoxe. Toutefois, au regard des travaux pionniers de nos collègues d'outre-Atlantique, les mentalités changent et les approches thérapeutiques évoluent. Cette évolution est le signe d'un changement dans la façon de concevoir la psychothérapie et la maladie et peut-être, comme certains le supposent (Kabat-Zinn, 2010), l'introduction à un nouveau paradigme médical dans lequel l'individu est pris en compte d'une manière globale sans coupure entre ses cognitions et son corps, bref dans une approche corps/esprit.

Après avoir guidé le lecteur au travers de la découverte de la méditation en général et de la méditation de pleine conscience et de concentration en particulier, en insistant sur les aspects conceptuels, les processus d'action connus à ce jour et les pistes de recherche futures, nous avons montré que la méditation de pleine conscience était déclinée en diverses approches thérapeutiques pouvant contribuer au soin et à la guérison de différentes problématiques liées à la maladie. La méditation a depuis toujours été associée à la préservation de la santé et à son recouvrement, ceci dans une optique traditionnelle, qui a été redécouverte par le monde scientifique depuis ces 40 dernières années. Son influence sur la santé est donc incontestable comme le montrent différentes études cliniques et les avancées neurologiques récentes. La méditation soigne, c'est un fait. Aux États-Unis, cette pratique s'est grandement développée dans les milieux médicaux et psychologiques. L'existence d'un *Academic consortium of integrative medicine*, comprenant 22 universités de médecines aux États-Unis et au Canada, développe l'application pratique de la pleine conscience. À ce jour, on trouve des centaines de cliniques et d'hôpitaux qui utilisent la pleine conscience et l'approche MBSR dans la gestion complémentaire de certaines pathologies. Les thérapies de pleine conscience, associées à d'autres formes thérapeutiques, apportent un bien-être manifeste aux patients qui sont les premiers demandeurs de soins complémentaires leur permettant de mieux recouvrer la santé

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

et de les aider dans des approches thérapeutiques pouvant parfois être lourdes à supporter. En France, nous ne sommes qu'au début de cette aventure, et en dehors de quelques pionniers, le chemin reste à construire, mais la porte est désormais ouverte, depuis quelques années.

Mais ce questionnement introduit une réflexion plus vaste sur un changement au niveau de la perspective que nous avons des soins et de la thérapeutique en général qui commence à s'opérer. Sans vouloir critiquer la médecine actuelle, qui reste notre principale source de soins, cette dernière se voit de plus en plus confrontée à des formes différentes de soins basées sur des échanges et des interactions avec d'autres types de thérapies qui se regroupent sous le terme de médecines complémentaires ou alternatives (Berghmans & Tarquinio, 2009) dans lesquelles l'individu et ses cognitions ont un rôle fondamental. Depuis l'Antiquité, la question de l'influence de l'esprit — ce que l'on nomme aujourd'hui de manière globale et plus aisément les activités cognitives — sur le corps a entraîné de nombreux débats chez les praticiens de la médecine et des sciences. Différentes approches se sont succédé qui ont donné naissance à diverses pratiques avec une grande variation en fonction des contextes culturels et géographiques. Avec l'arrivée des Lumières et par la suite de la médecine expérimentale, la notion d'esprit en tant que facteur d'influence sur la maladie s'est vue progressivement mise à l'écart des principes explicatifs dans l'origine des pathologies. En effet, des éléments extérieurs (bactéries, virus) ont été identifiés et ont permis la mise en place de remèdes chimiques efficace pour le bien-être du patient. De plus en plus, le corps soignant s'est focalisé sur une approche symptomatique et catégorielle du sujet et de la maladie en perdant de vue l'individu dans sa totalité et l'influence de ses cognitions. Bien sûr, la psychologie et l'apport de la psychanalyse et de la psychosomatique ont permis de renouer avec le fait que le corps peut être influencé ou subir des agressions liées au psychisme. Depuis la fin du XX^{e} siècle, on constate une résurgence d'intérêt pour cette question et l'approche corps/esprit suscite à nouveau beaucoup d'attention, pour faire naître d'ailleurs dans le milieu médical une nouvelle discipline qui se positionne sur cette question : la psychoneuro-endocrino-immunologie qui regroupe l'interaction entre les facteurs neurologiques, psychologiques, endocrinologiques et immunologiques. On parle donc de plus en plus de l'approche corps/esprit ou de la médecine corps/esprit.

Sous ce nom est regroupée une foule de techniques et de thérapies qui mettent l'accent sur les interactions entre les pensées, les émotions et le corps. Les thérapies corps/esprit sont une approche révolutionnaire depuis la fin du XX^{e} siècle. Elles explorent les liens complexes entre la conscience, le système nerveux et les mécanismes de défense de l'organisme contre les agents infectieux et pathogènes. Il ne s'agit toutefois pas à proprement parler d'une technique médicale, mais plutôt

d'un concept encore mal défini, qui consiste à prendre en compte, dans le processus thérapeutique, ce qui relève de la « conscience, des croyances, des émotions » et non seulement les aspects strictement physiques ou matériels. Si les grands médecins, philosophes et penseurs de l'Antiquité affirmaient que l'esprit influence la santé « *Mens sana in sano* », on a pu entreprendre de vérifier scientifiquement cette notion que dans la deuxième moitié du XX^e^ siècle, avec l'apparition de spécialités comme les neurosciences. C'est alors que l'on s'est mis à étudier sérieusement l'influence que pouvaient avoir les pensées, les croyances, les émotions et les sentiments sur la mobilisation des défenses immunitaires par l'organisme. Toutefois, le domaine des approches corps/esprit n'est pas encore défini avec précision.

Un certain nombre d'études illustrent l'interaction entre le corps et l'esprit (Ader & Cohen, 2003). Toutefois, les recherches sur ces approches en sont encore à leurs balbutiements. Même s'il ne fait plus de doute qu'elles sont « bonnes pour la santé », il est difficile de connaître leur effet exact sur tel élément spécifique de la santé (Gachelin, 1992). Cette approche corps/esprit a donc pour objectif de créer un partenariat entre différents types de soins (médical, psychologique), en utilisant diverses techniques qui entraînent une prise en charge intégrative et globale. Les thérapies corps/esprit insistent à la fois sur les interactions entre le cerveau, l'esprit, le corps et le comportement, et également sur les voies du pouvoir dans lesquelles l'émotionnel, le mental, le social, le spirituel et les facteurs comportementaux peuvent directement affecter la santé. Les thérapies corps/esprit permettent d'améliorer la connaissance de soi, la réalisation de soi ainsi que sa santé tant mentale que physique. Diverses approches associées à la psychoneuro-immunologie ont donné de bons résultats pour certains traitements (des troubles cardiovasculaires, de l'insomnie, de la douleur, notamment dans les cas d'arthrite rhumatoïde, d'arthrose, de maux de tête ou de dos, de fibromyalgie, de maladies coronariennes, de douleurs chroniques ou associées à des interventions chirurgicales). Le modèle médical classique a permis des avancées spectaculaires en termes de guérison. Issu du paradigme biologique et basé sur une dichotomie entre le corps et l'esprit, c'est un modèle mécaniste du traitement et de la maladie qui utilise un diagnostic orienté sur le symptôme afin d'identifier les causes et les conditions qui entraînent la maladie (Cassel, 1997). L'individu n'est pas pris en considération de manière globale en tenant compte d'autres facteurs pour déclencher une pathologie comme des facteurs psychologiques. Toutefois, une fois que l'aspect analytique d'ordre médical a été effectué sans révélation de causes biologiques, la médecine classique peut renvoyer à des approches complémentaires d'ordre psychologique. L'approche corps/esprit inclut des interventions immédiates, et non pas systématiquement après que l'approche classique n'ait pas donné de

résultats. Les interventions psychologiques et comportementales doivent être faites en même temps que les approches classiques. Ces approches nécessitent aussi une phase d'auto-management et d'éducation du patient à la santé et ceci de manière préventive. De manière générale, le paradigme corps/esprit peut mettre en lumière les éléments suivants dans la prise en charge de la maladie :

- considérer la prise en charge d'un point de vue holistique et intégratif (corps, cognition, cerveau) ;
- traiter le patient comme un être humain avec ses croyances et ses choix et pas uniquement comme une entité manifestant une symptomatologie ;
- accentuer la relation d'efficacité entre les cam (*complementary and alternative medicine*) et le patient, c'est-à-dire mettre en place une forme d'éducation à la santé, de manière ouverte et tolérante ;
- donner au patient un rôle actif dans son processus de guérison afin de permettre une meilleure activation de ses mécanismes de défense ;
- accentuer la croyance dans le potentiel de guérison de l'organisme ;
- faire accompagner la thérapeutique par un changement de style de vie et d'habitude pouvant accentuer le pouvoir de guérison des sujets ;
- être ouvert à l'acceptation de prise en charge nouvelle et peu orthodoxe mais reposant sur des faits précis et une efficacité en termes de soins ;
- rester ouvert aux influences positives des facteurs spirituels si le sujet les active (prières, croyances, etc.) ;
- intégrer les pratiques physiques, psychiques et spirituelles ;
- ne pas écarter les pratiques classiques de soins (modèle biologique), mais rester ouvert à une complémentarité ;
- se positionner dans une optique préventive et pas uniquement curative.

La méditation de pleine conscience de par ses effets sur la santé en termes préventifs et curatifs s'inscrit totalement dans cette optique qui invite à une ouverture vers une thérapeutique intégrative et complémentaire. Les nouvelles recherches et les nouvelles façons de penser la maladie et la santé en médecine comportementale mènent à une perspective médicale plus complète qui reconnaît l'unité fondamentale du corps et de l'esprit. Cette vision insiste sur le fait que les patients doivent participer activement et autant que possible à la prise en charge de leur santé en apprenant plus au sujet de leur santé et de la façon de la préserver et de l'optimiser. Elle invite aussi les patients et les médecins à communiquer davantage et de manière plus efficace et humaine au sujet de la maladie, afin que leurs besoins soient pris en compte pleinement dans une écoute attentive et compassionnelle. La santé ne peut plus se penser en termes de limitations aux caractéristiques du corps ou de l'esprit, mais en termes d'interaction, de totalité et d'interconnexion. La psychologie de la santé, quant à elle, étend son champ d'investigation à

la façon dont le style de vie, les schémas de pensées, les sentiments, les cognitions et les facteurs environnementaux interagissent sur la santé. Cette nouvelle approche rejette le point de vue selon lequel l'esprit et le corps sont inexorablement séparés. C'est une vision alternative et plus globale des notions d'esprit, de corps de santé et de maladie qui commence à apparaître. On peut parler d'un renversement de paradigme, et d'un nouveau modèle de soin qui rejette explicitement la séparation entre le corps et l'esprit.

Par conséquent, la méditation de pleine conscience et par extension, les autres formes de méditation, doivent attirer l'attention des chercheurs et des praticiens afin de permettre aux patients de les utiliser et de contribuer à leur propre bien-être et à leur guérison. Cette approche gagnerait à être enseignée dans les cliniques et les hôpitaux afin de permettre aux patients d'être actifs dans le processus de guérison et de sens lors de maladie. C'est une méthode sans coût, utilisable individuellement ou collectivement, permettant comme on le voit dans les cliniques américaines d'apporter des perspectives nouvelles sur les facultés de guérison et de génération de bien-être et de paix chez toute personne confrontée à la maladie. Attachée à la troisième vague des thérapies comportementales et cognitives, elle se développe par cette entremise et commence à faire parler d'elle, mais le chemin est encore jalonné de nombreux obstacles qui ne sont bien souvent que des freins liés à notre façon de percevoir la réalité clinique et thérapeutique et la façon dont le processus de guérison se manifeste. Bien sûr, la méditation de pleine conscience n'est pas la nouvelle recette qui va apporter bonheur et guérison, c'est une pratique à être, à s'interroger, à observer le monde et notre place au sein de celui-ci, qui incontestablement est générateur de bien-être et dans certaines pathologies, d'amélioration et de guérison. Alors, pourquoi s'en priver ?

Index

A
acceptation 18, 20, 36, 40, 72, 74, 83, 138, 172, 176
ACT 19, 47, 68, 69
  origine 173
adaptation 41
anxiété 11, 50, 82, 130, 131, 135, 164, 168
attention 32, 40, 63
  ancrage dans le moment présent 33
  au souffle 62, 63, 66
  focalisation 34, 39
attention vigilante 20, 74
attitude 32, 35, 36, 39
autorégulation 39, 40

B
balayage corporel voir *body scan*
body scan 51, 55, 58, 59, 61, 62, 94, 107, 111, 114, 119
bouddhisme 5, 23, 26–28, 48
  psychologie bouddhiste 10, 13, 22, 26, 29, 31

C
compétence d'autofocalisation 8, 56
conscience 25, 56
coping 40, 43, 80, 83, 87, 106, 130, 153, 164, 166
croyances métacognitives 167

D
DBT 20, 47, 68, 69
décentration 17, 38, 57, 111
dépression 11, 39, 50, 67, 130, 150, 163–165

E
engagement 62, 75
équanimité 27, 36
exercice du raisin 51, 58, 88, 90
exposition 39, 41, 42, 170

F
fibromyalgie 130, 136, 141, 143
flexibilité cognitive 39, 41

G
gestion de la douleur 13, 50, 130, 136, 137, 139, 140, 142

H
hatha yoga 109

I
instant présent 56, 72, 74, 107
intention 26, 32, 37, 40

L
lâcher-prise 39, 42, 57

M
MBCT 10, 48, 53, 54, 56, 66, 69, 75, 129, 131, 150, 154, 170, 171
  dépression 67
  formation 171
  lâcher prise 57, 64
  pilotage automatique 57, 58
  respiration 57, 61
MBSR 10, 47, 48, 50, 53, 69, 75, 113, 129, 131, 135, 137–141, 143, 150, 151, 154
  applications pratiques 79
  conseils pratiques 88
  protocole 81, 82, 127
MCT(thérapie métacognitive) 167
méditation 83, 183
  assise (étapes) 103
  assise 52, 102, 111, 112, 114
  attention 6, 7, 9, 18, 29
  concentration 3, 7, 9, 56
  couchée 119, 120
  de la montagne 124
  de pleine conscience 8, 10, 13, 24, 82, 154
  définition 3, 4, 8, 102
  historique 2
  mixte 10
  relaxation 3, 7, 10
  spiritualité 4, 7, 13
  transcendantale 9

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

modifications immunitaires
et neurologiques 130, 134, 136

N
non attachement 17
non-jugement 18, 36, 39, 72, 74, 83

O
observance thérapeutique 156, 158
observation 35, 36

P
pensée automatique 63, 67, 83, 88, 105
pleine conscience 17, 31, 32, 43, 70, 82, 83
approches thérapeutiques 27, 49, 129
définition 16, 18, 21, 84
échelles de mesure 70
pratiques thérapeutiques complémentaires 1, 7, 13
prévention des rechutes 170
psoriasis 153
psychologie de la santé 1, 23
psychologies alternatives 13
psychothérapies 47, 48, 68, 74, 158

Q
qi-gong 10, 48, 53
qualité de vie 82, 130, 142, 144, 146, 147, 150

R
relaxation 39, 42, 83
re-perception 38–41, 65
respiration 35, 55, 61, 66, 92, 93, 110
rumination mentale 63, 114

S
stress 13, 37, 79, 82–85, 147, 148, 151
aigu 85
chronique 85
gestion 80, 130, 142, 144, 145, 150
post-traumatique 85
processus physiologique 86
processus psychosocial 87
syndrome attentionnel cognitif (CAS) 167

T
tai-chi 10, 48, 53
thérapies comportementales et cognitives 10, 41, 47, 73, 75, 79, 163, 176
théorie ICS 165, 166
thérapie d'activation du comportement 170
thérapie du schéma 170
thérapie métacognitive, voir MCT
troubles affectifs 130
troubles alimentaires 130, 153
troubles dermatologiques 130
troubles du sommeil 153
troubles psychiques 2

V
vagabondage mental 60, 62
Vipassana 50
visualisation mentale 82

Y
yoga 5, 10, 24, 52, 82, 83, 108, 111, 112, 115